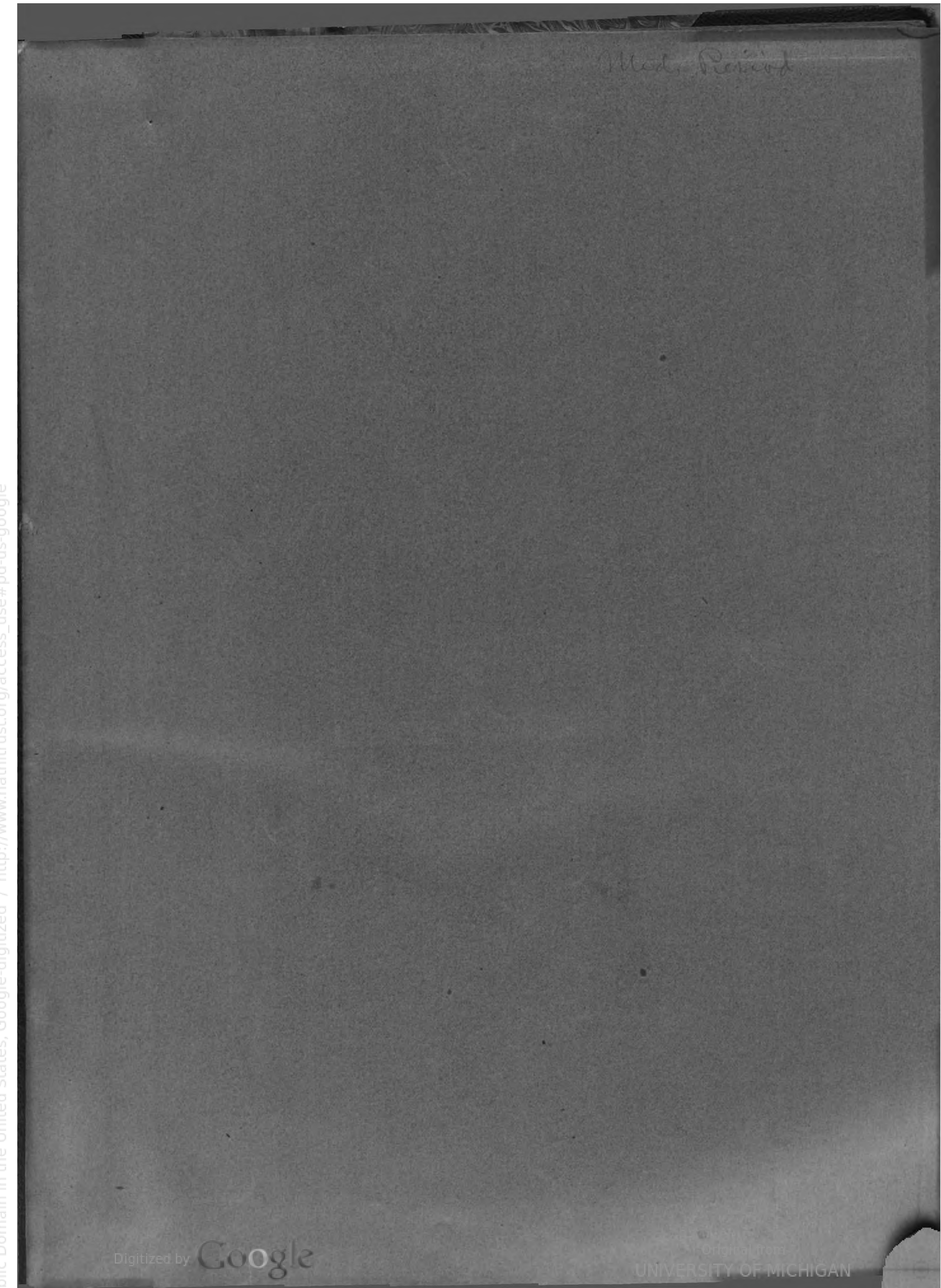
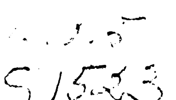
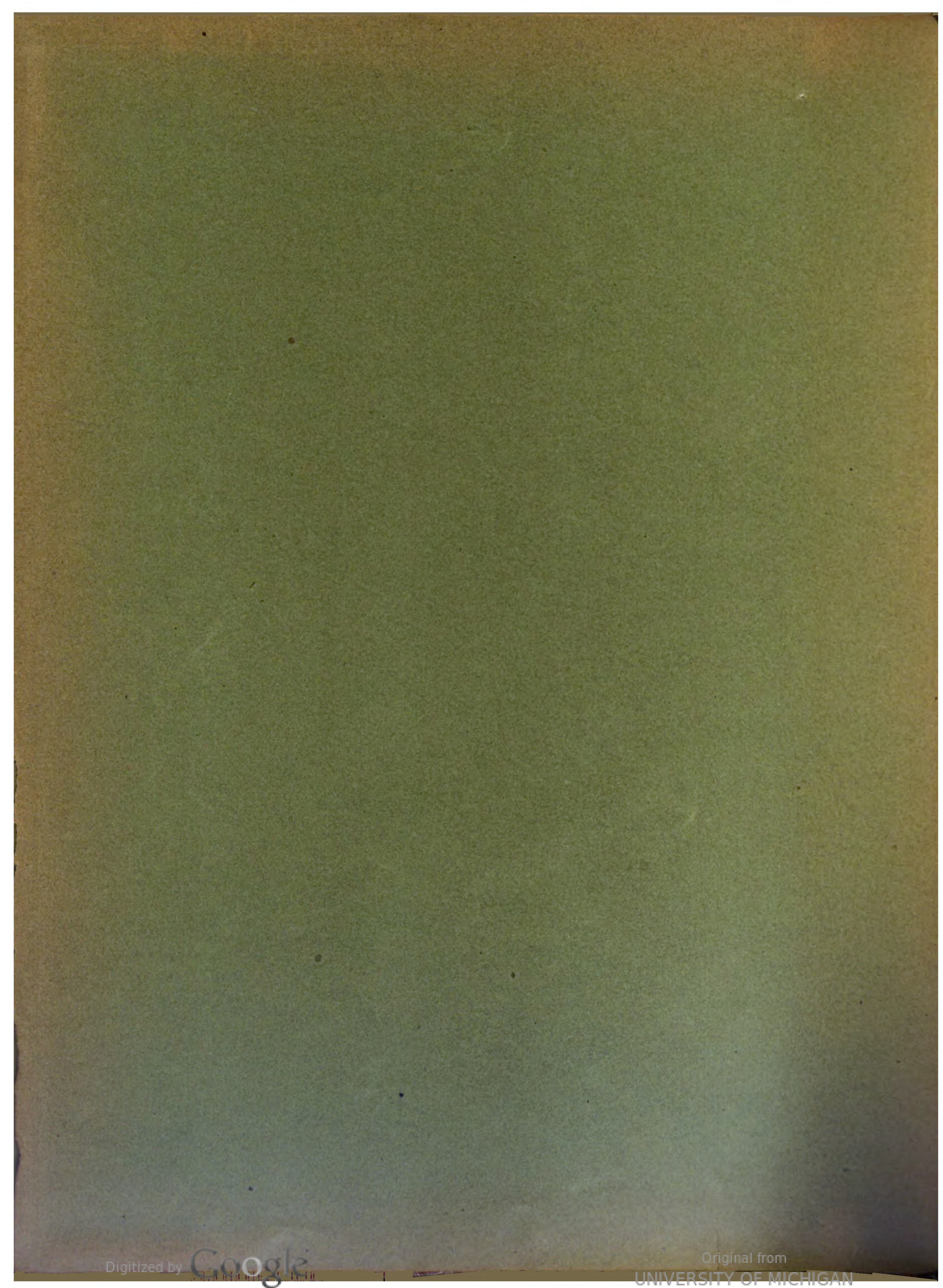


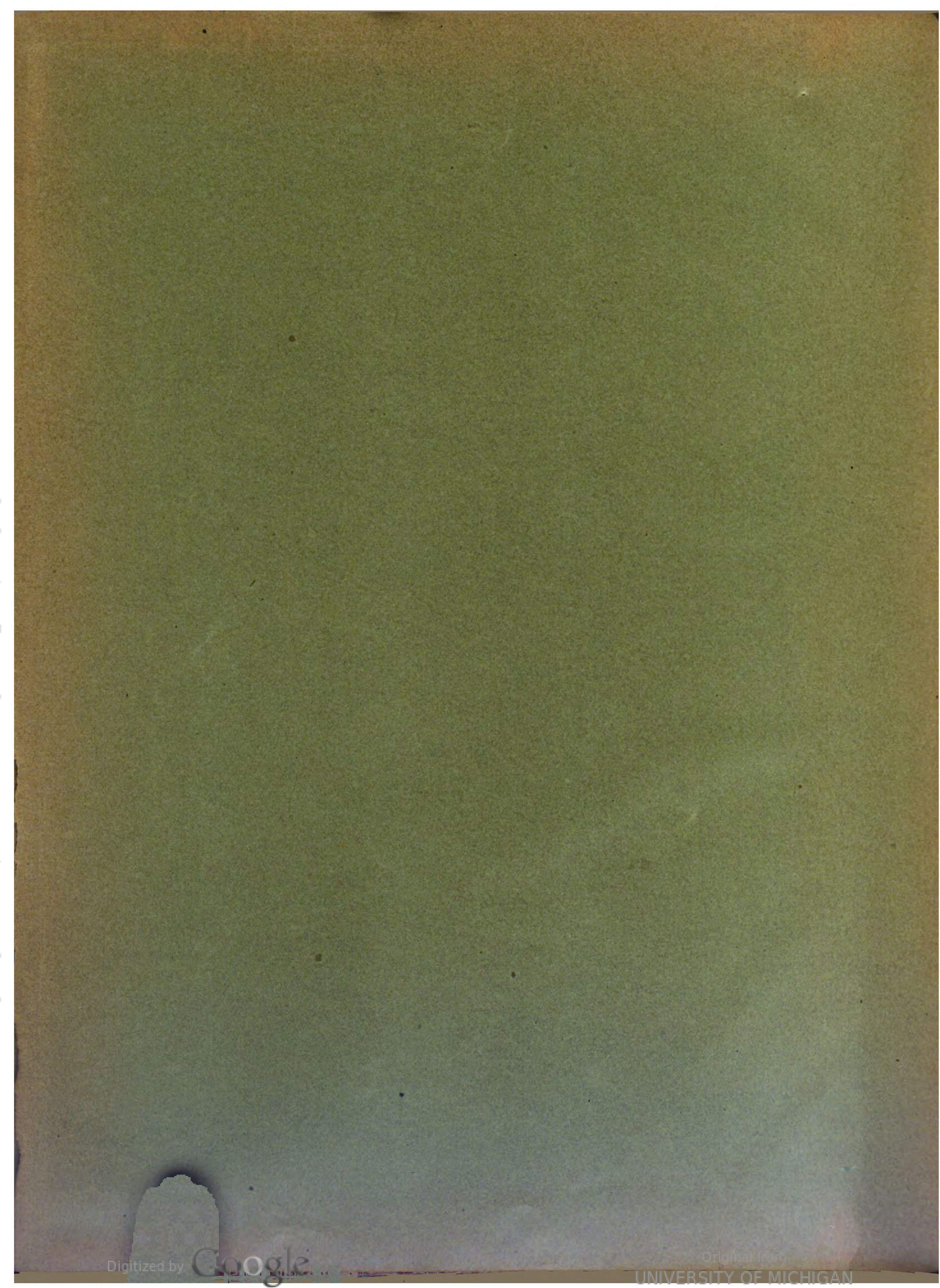


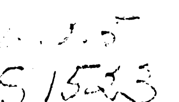




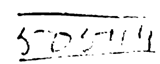








St. Petersburger



MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals, Riga.

Dr. Rudolf Wanach, St. Petersburg.

XIX. JAHRGANG
(NEUE FOLGE XI. JAHRGANG.)

St. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp. Nr. 15.
1894.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit einem * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

B.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.



R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Namen-Register.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, 8. (20.) Januar **1894**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1894 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate und Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte, des St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte,** der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga,** der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten,** sowie über die **Verhandlungen russischer medicinischer Gesellschaften,** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Aus dem Deutschen Alexander-Hospital in St. Petersburg.

Ein Fall von schwerer Nephritis.

(Vortrag mit Vorstellung des Kranken im Deutschen ärztlichen Verein).

Von

Dr. E. Moritz.

M. H. Es ist nicht häufig, dass aus dem Gebiet der inneren Medicin glänzende Erfolge vorgestellt werden können, welche unzweifelhaft dem Arzte zu Gute geschrieben werden dürfen. Solche Erfolge sind noch am ehesten dann zu erreichen, wenn innere Medicin und Chirurgie zusammenwirken. Der junge Mann, den ich Ihnen hier vorstelle, hat sich im Sommer und Herbst des Jahres 1892 mehrmals in so grosser Lebensgefahr befunden, dass er ohne ärztliches Eingreifen wohl sicher zu Grunde gegangen wäre. Der Fall beansprucht aber noch ein besonderes Interesse, weil er geeignet ist, den Nutzen operativer Entwässerung beim Hydrops zu illustriren.

A. L...., 20 J. alt, Comptoirist, war in den kalten Januartagen vorigen Jahres (1892) bei ca. 25°R. Frost wiederholt sehr leicht gekleidet im Freien gewesen. Etwa am 18. Januar bemerkte er Schwellung seiner Füsse; trotzdem diese Schwellung stetig zunahm und weiter aufwärts stieg, ist er bis zum 27. Januar in seinem Comptoir gewesen, — am 29. Jan. erst suchte er Hilfe im D. Alexander-Hospital. Bei seiner Aufnahme fand sich eine pralle Schwellung des ganzen Körpers; die unteren Extremitäten das Scrotum, Präputium, die Haut des Rumpfes, der Arme, des Gesichts waren hydropisch geschwollen, in der Bauchhöhle freier Ascites nachweisbar. Die Lungen normal, nur l. h. u. einzelne feuchte Rasselgeräusche, kein Husten; Herz von normaler Grösse, Stoss nicht verstärkt, keine Geräusche, Töne etwas dumpf, der 2. Basalton etwas accentuirt. Leber und Milz anscheinend normal. Der Urin braunroth, enthält 6‰ Albumin (Essbach); im Sediment zahlreiche weisse und rothe Blutkörperchen, viele Cylinder,

sowohl hyaline als auch von Epithel bedeckte und ganz aus rothen Blutkörperchen bestehende, viel freie Nieren-epithelien. P. 80, T. 36,5. Die Diagnose einer acuten croup. Nephritis war sonach klar.

In Bezug auf die Aetiologie ist zu erwähnen, dass keine anderweiten Krankheiten vorausgegangen, — Scarlatina wird strict geleugnet, er habe allerdings vor 2 Wochen etwa 4 Tage lang etwas Schnupfen und Halsschmerzen gehabt, doch ohne Fieber. Vor Jahren hat er Masern und Lungenentzündung gehabt. Am 1. Febr. betrug das Körpergewicht 221 Pfund.

Zunächst wurde consequente Bettruhe angeordnet. Da Pat. die strenge Milchcur nicht aushielt, bekam er vorwiegend vegetabilische Kost (bes. Reis) mit viel Milch, nahm innerlich Acid. nitr. und wurde einer Schwitzcur mittelst trockner erhitzter Luft unterworfen. Unter dieser Behandlung besserte sich sein Befinden in jeder Richtung, der Blut- und Eiweissgehalt des Urins ging zurück, der Hydrops schwand allmählich. Am 9. März war nirgends mehr Oedem nachzuweisen, das tägliche Harnquantum betrug 1000—1500 Cc. bei 2½ ‰ Eiweiss, im Sediment finden sich noch zahlreiche Cylinder aller Arten, auch noch rothe und weisse Blutkörperchen, sowie Nieren-Epithelien. Das K.-Gew. betrug 181 Pfund, Pat. hatte also 40 Pfund an Gewicht verloren. Trotz unseres Rathes verliess Pat. am 10. März das Hospital.

Nach seiner Entlassung hatte er sich anfangs bei ca. 4 ‰ Eiweiss leidlich befunden. Am 20. April fiel er in's Wasser, 2 Tage darauf fingen die Beine an zu schwellen und er wurde bettlägerig und ist es bis zu seinem Wiedereintritt in's Hospital am 16. Juli geblieben. Auf dem Lande, wo er sich aufhielt, hat er Wannen gebraucht. Die Harnmenge ist die ganze Zeit gering gewesen, — auf ca. 10 Glas Flüssigkeits-Aufnahme (ca. 2000 Gramm) p. Tag nur 2 Glas (400 Gramm) Urin; dessen Farbe von April bis Ende Juni dunkel, die letzten 2 Wochen heller. Im Mai kamen Sehstörungen vor — Nebel vor den Augen; seit Anfang Juli sehr häufig Kopfschmerzen, meist einseitig, abwechselnd rechts und links. Appetit war gut, Stuhl meist flüssig.

Bei seiner erneuten Aufnahme am 16. Juli fand sich das Abdomen enorm aufgetrieben, ebenso die Beine stark geschwollen. Gesicht bleich, gedunsen, besonders starkes Oedem der unteren Lider. Hydrops des subcutanen Zellgewebes am ganzen Körper, am stärksten am Unterleib und den Beinen. Temp. normal, P. 80, von mittlerer Höhe und Spannung, wegen des Haut-Oedems nicht genau zu fühlen. Grösster Umfang des Abdomen oberhalb des Nabels 116 C. Die gespannte Haut am Unterleib, den Leistenbeugen und Oberschenkeln zeigt eine Menge bläulich rother und weisser Striae (gleich den Schwangerschafts-Narben). In den Leistenfalten, an der Innenfläche der Oberschenkel stellenweise Excoriationen und Schrunden, aus denen bisweilen Oedem-Flüssigkeit heraussickert. Beide Rippenbögen stark vorgedrängt. Herz vielleicht etwas vergrössert, Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie fühlbar, mittelstark; Töne rein, der 2. Aortenton etwas accentuirt. Respiration beschleunigt; häufiger, meist trockner Husten, bisweilen etwas schleimig-schaumiger Auswurf. Ueber den Lungen beiderseits vorn sonore Percussion und Vesiculär-Athmen, hinten unten beiderseits Dämpfung und abgeschwächtes, resp. ganz fehlendes Athmungsgeräusch, an der Dämpfungsgrenze zahlreiche feinblasige Rasselgeräusche, die Dämpfung reicht hinten links bis zum unteren Winkel, rechts bis zur Mitte der Scapula hinauf. Im Abdomen Fluctuation und Dämpfung — freier Ascites. Leberdämpfung scheint normal. Der Urin geht mit dem dünnen Stuhl zugleich ab; am 17. Juli wurde etwas aufgefangen, der Harn ziemlich concentrirt (1018), sauer, giebt reichliches Sediment, bestehend aus Harnsäurekrystallen, zahlreichen Cylindern aller Art, z. Th. mit Fett-Tropfen bedeckt, verfettete Nieren-Epithelien. Kein Zucker, 6 ‰ Eiweiss.

Am 18. Juli war das Tagesquantum des Harns 800 Cc.

In den Tagen vom 20.—22. Juli befand sich Pat. in verzweifelter Lage. Die im Januar entstandene acute Nephritis war in eine mehr chron. Form übergegangen, wie die Untersuchung des Sediments erwies; es war starke Beengung der Respiration bis zu völliger Orthopnoe vorhanden, Pat. verbrachte Tag und Nacht im Lehnstuhl, die häufigen flüssigen Darmentleerungen genügten nicht das Anwachsen des Hydrops zu hindern. Milchdiät, Digitalis, danach Diuretin waren vom 16.—22. Juli wirkungslos. Die Sehstörungen, der Kopfschmerz waren unzweifelhafte Zeichen beginnender Urämie. Wenn es nicht gelang den Hydrops fortzuschaffen, musste Pat. verloren gegeben werden. Da Pat. wegen seines enormen Leibesumfanges nicht mehr in den Schwitzkasten passte, auch zu schwach für denselben war, beschlossen wir ihm mechanischen Abfluss des Wassers zu verschaffen und machten am 23. Juli zum erstenmal zahlreiche tiefe d. h. das Corium durchdringende, Scarificationen an beiden Unterschenkeln. Die Füsse wurden auf einem Schemel in eine Wanne gestellt und die abfliessende Flüssigkeit aufgefangen.

Schon in den ersten 24 Stunden sind c. 15 Liter Flüssigkeit abgeflossen und nach 3 Tagen findet sich das Körpergewicht um 60 Pfund (auf 182½) Pfund vermindert. Es ist bedeutende subjective Erleichterung eingetreten, guter Schlaf und Appetit, nur fühlt sich Pat. sehr matt und schwach. Der Höhlenhydrops war nahezu geschwunden, das Oedem der Unter-Extremitäten gering. Es wurde Acid. nitr. als Getränk gereicht.

Am 31. Juli betrug die Harnmenge bereits 1300 CC. bei 4 ‰ Eiweiss; im Sediment granulirte und hyaline Cylinder, Nierenepithelien, sehr viel Harnsäurekrystalle.

Von da ab zog sich durch 8 Monate unser unaufhörlicher Kampf mit dem Hydrops, der sich nach jeder künstlichen Entwässerung immer wieder neu entwickelte und durch beistehende Tabelle am besten veranschaulicht wird.

	K. G.				K. G.		Verlust	
19. Juli	242½	℔	Scarific. d. Beine	10. Aug.	163½	℔	79	℔
13. Sept.	215	»	» » »	20. Sept.	190	»	25	»
17. Oct.	235	»	» » »	1 Nov.	135	»	100	»
27. Nov.	207	»	» » »	14. Dec.	194	»	13	»
18. Dec.	205	»	» » »	27. Dec.	177	»	28	»
22. Jan.	203½	»	Punction d. Ascites	28. Jan.	178½	»	25	»
2. März	228	»	» » »	3. März	193	»	35	»

In Summa während 7½ Monaten abgezapft 305 ℔
= 7 Pud 25 Pf.

Die Beine waren durch die zahlreichen Schnittnarben bis Ende December viel fester, resistenter geworden, es sammelte sich auch in ihnen weniger Hautwasser an, daher wurde im Januar und März die Entwässerung durch Punction des äusserst lästigen Ascites bewirkt. Gleichzeitig ist die ganze Reihe der Diuretica innerlich angewendet worden: Digitalis, Squilla, Calomel, Diuretin, Acid. nitr., phosphoric., Nitrum, Kali acet., Tart. boraxat., Blatta orientalis, Coffein. natro-benzoic., Aq. petroselini, Inf. baccar Juniperi, Rubus chamaemov., Milchcur. Citronencur, Natr. salicyl., Salol; — in den letzten Monaten seit Auftreten von Harngries mit Nierenkolik wurde ununterbrochen Wildunger Wasser gebraucht und intercurrent Piperazin. — In den schlimmen Zeiten vorigen Winters wurde der Schwitzkasten wiederholt wochenlang benutzt (wenn Pat. soweit abgenommen, dass er hineinpasste) und einige Pilocarpin-Injectionen bei drohenderen urämischen Symptomen gemacht. Neuerdings braucht er oft warme Bäder.

Seit dem März dieses Jahres, also seit c. 8 Monaten findet eine langsame Abnahme des Körpergewichts statt,

welches gegenwärtig 159 Pf. beträgt. Das tägl. Harnquantum ist ziemlich normal, 1500—2000 CCm. (bei c. 2°/₀₀ Eiweiss) und bei ca. ebensogrosser Flüssigkeitsaufnahme. Im Sediment viel granulirte Cylinder, z. Th. mit verfetteten Nieren-Epithelien und vereinzelten rothen Blutkörperchen besetzt, hyaline Cylinder, Cylindroide, Leucocyten reichlich, rothe Blutkörperchen spärlich. Der Hydrops ist fast geschwunden, in den Beinen kaum mehr wahrnehmbar, das Flüssigkeitsniveau im Abdomen steht 3 Querfinger unter dem Nabel, vom beiderseitigen Hydrothorax sind vielleicht noch geringe Spuren, bes. links vorhanden, Lungencapacität 2600. Die Leber und Milz sind noch gross, aber nicht druckempfindlich. Das Herz ist links hypertroph, der Spitzenstoss im 6. ICR. einwärts von der Mammillarlinie, stark, Accent des 2. Aortentones. Von Zeit zu Zeit kommen Anfälle von Nierenkolik, welche meist von Abgang einiger harnsaurer Concremente gefolgt sind. Linkerseits besteht eine doppelte Hydrocele, — in der tunica vagin. propria testis eine kleinere und im offnen proc. vagin. funiculi spermatici eine mit dem Ascites in freier Verbindung stehende grössere mit hellerem Inhalt. Pat. ist zwar recht blass, doch sind Schlaf und Appetit gut, die Kräfte nehmen zu. Er ist von seinem schweren Leiden zwar noch nicht geheilt, aber doch in der Besserung und sicherlich mehrmals im Laufe seiner 2 jährigen Krankheit aus drohender Lebensgefahr gerettet. Dieser Fall lehrt, dass man nicht müde werden darf in den Entwässerungsoperationen, — mag auch immer wieder neue Ansammlung folgen; bisweilen hat man auch spät noch Erfolg.

Zum Schluss hätte ich noch bez. der von uns angewandten Methode der Scarificationen einige Worte zu sagen. Ich habe zwecks mechanischer Entfernung des Hydrops an den Unterextremitäten früher auch andre Verfahren geübt. Die subcutane Drainage mit Capillartroicarts, verschiedene Arten von Stichelungen mit einfachen runden engl. Nähnadeln sowie mit scharfen flachen chirurg. Nadeln sind mir weniger effectvoll erschienen, sie ergeben weniger Flüssigkeitsverlust. Erstere, die Troicart-Canülen, erschweren zudem die Abhaltung äusserer Infection, i. e. einen zweckmässigen Verband sehr. Es ist selbstverständlich kaum möglich einen fortwährend triefenden Verband steril zu erhalten. Wir haben stets nach sorgfältiger Desinfection der Haut unsre Stiche oder Schnitte in grösserer Anzahl und immer bis ins subcutane Zellgewebe hinein angelegt, danach erneute desinficirende Abwaschung und dicker hygroscop. Watteverband, öfter auch mit einigen Lagen Jodoform-Marly. Der Verband ist meist in wenigen Minuten an einzelnen Stellen und bald auch total nass und wird 2—3 mal täglich erneuert. Freilich sind uns (bei andern Kranken) Wundkrankheiten vorgekommen, Erysipele, Lymphangitis, Phlegmonen — die von den Stichen ausgingen. Doch ist die M ö g l i c h k e i t einer Infection mir minder schlimm erschienen gegenüber der G e w i s s h e i t der Lebensgefahr durch steigenden Hydrops, und nur in diesen schweren Fällen macht man ja überhaupt Scarificationen.

Referate.

Prof. Th. K o c h e r: Zur Technik und zu den Erfolgen der Magenresection. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1893. Nr. 20 u. 21).

K. geht Eingangs kurz die Resultate der Magenresection, soweit sie in der Literatur ziffermässigen Ausdruck erfahren haben durch und vergleicht sie mit den Resultaten der Gastroenterostomie, wobei er (in Gegensatz zu C z e r n y Ref.) zu dem Schluss kommt, dass, wenn auch die letztere Operation absolut geringere Sterblichkeit gäbe, diese Differenz nicht im Verhältniss stände zu ihrer geringeren Leistungsfähigkeit selbst in palliativer Hinsicht. Allerdings sei bisher noch keine definitive Heilung durch Resection erzielt worden (? Ref. cf. B i l l r o t h), wenn nicht ein Patient des Autors hierher zähle, der seit 5 Jahren und 4 Monaten gesund sei. Das Wohlbefinden dauere aber auch bei Recidiv länger als nach Gastroenterostomie. Wie der Nachweis localer Ausheilung von an den Metastasen in Leber etc. zu Grunde gegangener zeige, sei die Operation stets zu spät ausgeführt worden; Verf. führt stets die Gastroenterostomia a n t e r i o r a n t e c o l i c a aus mit der Modification, dass er den Darm nicht parallel, sondern senkrecht zur Achse des Magens stellt, so, dass der zuführende Schenkel hinter den abführenden zu liegen kommt, und die Oeffnung im Darm quer zur Achse desselben angelegt wird. Dadurch comprimirt bei Füllung der vorliegende (abführende) Schenkel den zuführenden, nicht aber umgekehrt. Den Eintritt von Darminhalt in den Magen sucht K. ferner dadurch zu hindern, dass der Schnitt am Darm bogenförmig abwärts convex eine ventilartige Klappe am zuführenden Schenkel bildet. Naht durchweg fortlaufend. Die Enden der Fäden jeder hinteren Nahtreihe werden hängen gelassen und mit den vorderen verknüpft. Desinfection und Spülungen sind zu vermeiden.

Die Pylorectomie, die Operation der Zukunft, sobald der behandelnde Arzt den Kranken früh genug zum Chirurgen schickt und sobald der Chirurg die unmittelbare Gefahr der Operation herabsetzt, was wesentlich von der Technik abhängt (B i l l r o t h operirte mit 56 pCt. Mortalität — seine Schüler mit 57 — andere Chirurgen mit 79 pCt.), hat K. zuerst nach B i l l r o t h ausgeführt mit wechselndem Erfolg, übt sie jetzt jedoch so, dass er die Magenschnittwunde durch 2 Reihen fortlaufender Nähte vollkommen schliesst und jetzt das Duodenum in die hintere Wand einpflanzt. 2 gewöhnliche grosse Arterienklemmen verhindern dabei sicher das Ausfliessen von Darminhalt aus dem Duodenum. Am Magen schliessen proximal Assistentenhände, distal 2 Arterienklemmen das Lumen. Auch stärkerer Druck schädigt die Vitalität der Darmwand nicht. Genaueres im Orginal, in dem eine Reihe sehr anschaulicher Zeichnungen die Methode illustriren.

In 6 Fällen hat K. nach der letztgenannten Methode operirt mit durchgehends gutem Erfolg.

In einem Fall trat Insufficienz der pars pylorica ein; dauernde Rechtslagerung des Kranken beseitigte bald die Erscheinungen, eine Beobachtung die K veranlasste die Operirten stets auf die rechte Seite zu legen.

K. fasst die Hauptergebnisse zum Schluss in 3 Punkten zusammen:

1) es soll aseptisch operirt werden, wodurch Collaps (cf. L ü c k e) zu vermeiden ist.

2) es soll fortlaufend genäht werden, wobei die erste Naht die ganze Dicke der Darmwand fasst, weil nur so Nachblutungen sicher vermieden werden. Material Seide.

3) Klammern können unbeschadet der Vitalität des Darmes benutzt werden und genügen die einfachen grossen Arterienpincetten. Der Magen wird bequemer von Assistentenhänden fixirt, namentlich im Interesse der fortlaufenden Naht, die K. als wesentlich wiederholt betont. Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. B i n s w a n g e r: Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und Frühformen. Jena, G. Fischer, 1893. 186 S.

Bei der Bedeutung, welche heutzutage die progressive Paralyse in immer erheblicherem Maasse gewinnt, ist diese Monographie des bekannten Jenaer Professors von besonderem Interesse. 21 Fälle, die seit dem ersten Beginn des Leidens (einschliesslich der Prodromalerscheinungen) nur ein Jahr bis zum tödtlichen Ende erkrankt waren, wurden einem eingehenden mikroskopischen Studium unterworfen. Die Ergebnisse desselben sowie die kritisch berücksichtigte Literatur lassen den Autor über die Pathologie dieser Krankheit zu folgenden in Kürze wiedergegebenen Schlussfolgerungen gelangen: 1) Die typischen Fälle der progr. Paralyse beruhen auf chronischen, diffusen, atrophisch-degenerativen (wohl durch Toxine bedingten) Veränderungen der Hirnrinde, in erster Linie wahrscheinlich der feinsten marklosen und markhaltigen Nervenendausbreitungen mit schon frühem Uebergang auf die gröberen markhaltigen Nervenfasern und auf die Ganglienzellen. 2) Als frühzeitige Folgeerscheinungen dieser Schädigungen finden sich allgemeine hochgradige Erweiterung der venösen Gefässbahn, pralle Füllung derselben mit rothen Blutzellen, hyaline Degeneration der Wände der Arteriolen und Capillaren. 3) Gleichzeitig verdickt sich die Endotheladventitia, besonders der Venen, unter Wucherung der endothelialen Kerne. Von dieser reparatorischen Neubildung degenerirt ein Theil später auch hyalin. An andern Gefässen greifen späterhin die Proliferationsvorgänge auf die eigentliche Gefässwand über und führen zu streifigen Verdickungen und Kernvermehrungen dieser

letzteren, sodass das Lumen verengt wird; völlige Obliteration findet sich nur in alten Fällen. 4) Die intraadventiellen Lymphräume sind schon frühe streckenweise stark erweitert und bergen extravasirte Blutbestandtheile und deren Derivate, am häufigsten dort, wo die Gefässwand weitgehend degenerirt ist. Die Anhäufung weisser Blutzellen in der Endothelscheide ist bei den schleichend verlaufenden Frühformen nie so massig und ausgebreitet, dass man auf Exsudation intra vitam zurückschliessen dürfte; sie ist nur als Folge der venösen Stase aufzufassen. Das extraadventitielle Saftbahnnetz mitsammt den pericellulären Räumen ist überall erweitert und enthält ebenfalls, aber in geringerer Menge, extravasirtes Blut und dessen Zerfallsproducte. 5) Wucherungsprocesse der faserigen Antheile der Gerüstsubstanz sind bei den Frühstadien nur in der Gliahülle in geringem Maasse zu finden. 6) Bei weiterem Bestande des Leidens treten zu den genannten Veränderungen wahre entzündliche d. h. exsudative Vorgänge hinzu, welche sich klinisch oft durch Fieber, Somnolenz, «paralytische Anfälle» auszeichnen; Letztere können auch durch Hirndruckschwankungen allein hervorgerufen werden. 7) Die pia mater ist in den Frühformen nur wenig und stellenweise verändert, zeigt aber regelmässig die oben erwähnte Alteration der Endotheladventitia an den in die Rinde einstrahlenden Gefässen. Im weiteren Verlaufe entstehen partielle Obliterationen der epicerebralen Räume durch Verwachsungen der Pia mit der Gliahülle. Dies veranlasst eine vermehrte Stauung in den Lymphräumen der Gliahülle, aber auch in den tieferen Abschnitten der Rinde. Die pathologisch vermehrte und veränderte Lymphe bewirkt die Umwandlung abgestorbener Gewebsbestandtheile zu coagulirten nekrotischen Massen. 8) Die sog. galoppirenden Formen der Paralyse unterscheiden sich von der typischen Form nur durch ein rascheres Fortschreiten der geschilderten Krankheitsvorgänge. In einigen solchen Fällen sind ausgeprägte exsudative Erscheinungen vorhanden, in anderen fehlen sie ganz. 9) In allen Fällen betrifft der diffuse Krankheitsprocess in erster Linie das Stirnhirn mit der Insel und das Scheitelhirn und greift dann auf den Schläfen- und Hinterhauptslappen über. Eine primäre «entzündliche» Entstehung des Leidens ist also durchaus von der Hand zu weisen. Zu Beginn der Abhandlung werden die Theorien über die Entzündung kurz beleuchtet und das Wesen derselben, speciell der chronischen, im Licht der neueren Forschungen erörtert. Eine lithographische Tafel mit charakteristischen mikroskopischen Bildern ist dem gut ausgestatteten Buche beigegeben.

Michelson.

Löbker und Nieden: Gesammelte Beiträge aus dem Gebiete der Chirurgie und Medicin des praktischen Lebens. Festschrift zur Feier des 25-jährigen Jubiläums des ärztlichen Vereins des Regierungsbezirks Arnsberg. Wiesbaden J. F. Bergmann 1892.

Enthält 25 zu einem stattlichen Bande vereinigte sehr lesenswerthe Abhandlungen aus den verschiedensten Gebieten der Medicin, die beredtes Zeugniss ablegen für den wissenschaftlichen Sinn dieses Vereins. Aus einer Reihe chirurgisch interessanter Arbeiten hebe ich vorab eine von Löbker hervor: Beiträge zur Chirurgie des Magens. Die Diagnose des Magencarcinoms anlangend betont L., dass jeder auf Carcinom verdächtige in tiefer Narcose untersucht werden müsse, weil erstens so oft noch sonst nicht fühlbare Tumoren palpabel werden und zweitens auch über die Ausdehnung, Metastasen sonst fühlbarer Geschwülste festere Anhaltspunkte gewonnen würden. Hier und da sei allerdings auch diese Untersuchung fruchtlos wenn der Tumor tief hinter dem Rippenbogen, der Leber sitze. Verdächtig seien Kranke mit langdauernden und resistenten dyspeptischen Beschwerden, wenn sie über 30 Jahre alt seien und auch mechan. Therapie fruchtlos versucht sei. Die Gesichtsfarbe sei zu beachten.

Die Resection führte L. (in 3 Jahren) 10 mal aus, davon starben 5, 5 genasen. In 7 Fällen hat L. die Gastroenterostomie bei Carcinom ausgeführt, 3 Todesfälle, einer an unstillbarem Gallenerbrechen. Ulcus ventriculi gab 3 mal Veranlassung zur Resection (1 Todesfall Achsen-Drehung des Magens durch das aufwärts über die Naht geschlagene Netz).

Wegen Narbenstenose wurde 2 mal plastische Operation 2 mal Resection ausführt (einmal gleichzeitig Gallenblase resecirt und Enteroanastomose nach Hacker); alle genasen. Z.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 1. September 1893.

1. Dr. Gilbert berichtet über 2 Fälle in seiner Praxis.

I. Im ersten handelt es sich um eine 39-jährige Jüdin, zu der er am 20. Juni nach Szagarn consultirt wurde. Patientin hatte mit 13 Jahren die Regel bekommen, im 25. Jahre sich verheirathet, sonst immer gesund gewesen, normale Menstruation, 2 mal geboren, zuletzt vor 13 Monaten, 12 Monate hindurch gestillt. Im 12. Monat nach der Geburt trat die Regel ein, welche 3 Tage dauerte, vollständig schmerzlos verlief. Im nächsten Monat Ausbleiben der Menses; 8 Tage später erkrankt Pat. ohne nachweisbare Ursache mit starken Schmerzen im Unterleibe, die selbst auf grosse Gaben Morphium nicht aufhören; zugleich entleerte sich bei Eintritt der Schmerzen eine bräunlich blutige Absonderung von dickflüssiger Consistenz aus der Scheide. Puls und Temperatur normal. Status ohne Narkose. Pat. ziemlich anämisch, Schmerzen haben wehenartigen Typus. Zur Zeit des Schmerzanfalles ist der Leib brettartig gespannt; kein Stuhl, keine spontane Urinentleerung. Vaginalschleimhaut aufgelockert, bläulich verfärbt, ebenso die Portio; Muttermund für eine Fingerkuppe durchgängig; Uterus nicht deutlich durchfühlbar, scheint nach links und anteflectirt zu liegen; unbedeutende Vergrösserung. Rechts vom Uterus faustgrosser Tumor, cylindrischer Gestalt und prallelastischer Consistenz. Der Tumor scheint unbeweglich, Ovarien nicht zu fühlen, Diagnose musste demnach auf Tubargravidität gestellt werden. Da an Ort und Stelle eine Operation nicht ausführbar, wurde Pat. nach Riga in die Klinik des Herrn Dr. Victor Schwartz transportirt, woselbst am 30. Juni, 10 Tage nach der ersten Besichtigung, Untersuchung in der Narkose zusammen mit dem Collegen v. Stryk. Verfärbung und Auflockerung der Scheidenschleimhaut nicht mehr zu constatiren, Portio hart an die Symphyse gedrängt, Muttermund vollständig geschlossen, keine Absonderung; hinteres Scheidengewölbe durch kindskopfgrossen Tumor stark vorgewölbt, Uterus auch per rectum nicht zu fühlen. Tumor von prall elastischer Consistenz, rundlicher Form und glatter Oberfläche, vollständig unbeweglich. Pat. wird einige Tage in der Klinik beobachtet, darauf am 6. Tage Probepunction von der Scheide aus; dieselbe ergab Blut, darauf Incision von Dr. von Stryk von der Scheide aus, wobei sich 3 Glas geronnenen Blutes entleerten. Vollständig fieberfreier Verlauf, nach 3 Wochen Pat. genesen entlassen. Es handelte sich in diesem Fall um eine geplatzte Tubargravidität mit Bildung einer Haematocele retrouterina.

II. legt Dr. Gilbert ein Präparat vor, welches er heute Morgen im Diaconissenhause per Laparatomiam gewonnen hat; es handelt sich um einen Pyosalpinxsack. Das Präparat stammt von einer 22-jährigen Pat., welche 4 Jahre verheirathet, 3 mal geboren hat, zuletzt im Mai vorigen Jahres. Vom Decemb. an krank mit Fieber und Unterleibschmerzen, nach 6 Wochen leichte Besserung, dann wieder Verschlimmerung. Vor 2 Wochen in der Sprechstunde untersucht, wobei sich links vom Uterus ein prall elastischer Tumor constatiren liess. Nach einigen Tagen, Untersuchung in der Narkose mit Dr. Treymann. Die Diagnose war schwierig und wurde in erster Linie an ein intramurales Myom gedacht, da ein Uteruskörper nicht abgrenzbar und die Sonde auf 12 cmt. eindringt. Nach 3 Tagen hat Pat. starke Schmerzen, Temperatur 38,5°, Tags darauf nochmalige Untersuchung mit Dr. Hach in der Narkose. Dabei lässt sich der Uterus abgrenzen und links von demselben ein unbeweglicher prall elastischer Tumor nachweisen. Die Diagnose wurde nun auf Pyosalpinx gestellt, und da Pat. zur Operation drängte die Laparotomie beschlossen. Die Operation war wegen sehr ausgebreiteter Verwachsungen sehr schwierig, doch gelang es schliesslich den mit Eiter gefüllten Tubensack zu extirpiren. Bis jetzt geht es Pat. gut.

Dr. Carlblom bemerkt zu den Ausführungen Dr. Gilberts, dass ihm die Diagnose «geplatzte Tubenschwangerschaft» nicht genügend gesichert erscheint, zumal die Statistik lehre, dass dieses Ereigniss meist erst im 3. oder 4. Monat erfolge, in diesem Falle aber schon im Anfange des 2. erfolgt sein müsse.

Dr. Radecki betont Dr. Gilbert gegenüber, dass durchaus nicht nur die geplatzte Tubengravidität als ätiologisches Moment für die Hämatocele zu betrachten sei. Sie ist wohl eine der häufigsten Ursachen, doch könne die Hämatocele auch bei bestehenden Adhäsionen im kleinen Becken, nach abgelaufenen Perimetritiden durch traumatische Einwirkungen zu Stande kommen, wie namentlich Veit es betont hat. Ferner macht er auf die Schwierigkeit der Entscheidung über das therapeutische Verhalten in Fällen aufmerksam, wo es zum Platzen einer Tubarschwangerschaft gekommen ist, fern von einem Ort, wo eine Klinik vorhanden ist. Bei drohenden Erscheinungen müsse, wenn irgend möglich, an Ort und Stelle operirt werden, bei der Annahme, dass die Blutung stehe, müsse exspectativ behandelt werden, da auf dem Transport die Katastrophe eintreten könne. In einem kürzlich von ihm unter angedeuteten Verhältnissen beobachteten Falle habe ein exspectatives Verhalten ein günstiges Resultat ergeben.

Dr. Hach meint, dass in dem 1. Fall Dr. Gilbert's die Annahme einer tubaren Gravidität, welche auf dem Transport geplatzt und zur Hämatocele geführt habe, sehr wahrscheinlich sei. Auch er kann die geplatzte Tubargravidität nicht als einzige Ursache für eine Hämatocele gelten lassen.



In Betreff des 2. Falles muss er jedoch betonen, dass er bei der mit Dr. Gilbert vorgenommenen Untersuchung, das Vorhandensein eines Myoms ausgeschlossen, dagegen auf das Vorhandensein eines perimetritischen Exsudates resp. einer Eitertube aufmerksam gemacht habe.

d. Z. Secretär: A. Radecki.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 22. November 1893.

1. Dr. Lunin verliest eine zur Veröffentlichung bestimmte Abhandlung über 3 von ihm beobachtete Fälle von Kehlkopferysipel. Der erste Fall betraf einen 35-jährigen Advocaten, der seit 2 Wochen an Halsschmerzen gelitten, dann während des Mittagessens ein kleines Stück einer Krebsschale verschluckt haben will, worauf er am Abend desselben Tages mit Schüttelfrost, Athembeschwerden, starken Schmerzen im Halse, namentlich beim Schlucken und hohem Fieber erkrankte, welches 4 Tage anhielt. L. sah den Pat. am dritten Tage und fand den Pharynx fast ganz normal, die Epiglottis jedoch stark vergrössert und geröthet, das linke aryepiglottische Band, sowie die Schleimhaut über dem linken Aryknorpel hochroth und oedematös geschwellt. Der Druck von aussen auf die Seitentheile des Schildknorpels schmerzhaft. Am fünften Tage war die linke Kehlkopfhälfte freier, dagegen eine starke Schwellung der rechten Hälfte desselben eingetreten, welche am nächsten Tage gleichfalls schwand, worauf sich Pat. schnell erholte. Der zweite Patient, ein junger Mann von 19 Jahren, hatte nach einer Unmässigkeit im Essen und Trinken einen weiten Weg zu Fuss nach Hause zurückgelegt und unterwegs trotz eisigen Windes viel gesprochen. Am folgenden Morgen Hals- und Kopfschmerzen bei hohem Fieber, wozu sich am zweiten Tage Schluckbeschwerden hinzugesellten. Am dritten Tage das Schlucken ganz unmöglich, die Stimme rauh und heiser. Um Mittagszeit ein Erstickungsanfall, welcher vom herbeigerufenen Arzte durch Blutegel an der vorderen Fläche des Halses gemildert wurde, sich jedoch Abends wiederholte, worauf Dr. Lunin hinzugezogen wurde, welcher den Pat. im Bette aufrecht sitzend und sich die Zunge mit einem Löffel herabdrückend vorfand. Lautes Stenosengeräusch beim Athmen. Puls 120, die Pulswelle verschwand während der Inspiration unter dem fühlenden Finger. Rachen leicht geröthet, Kehldeckel stark geschwellt und geröthet, desgleichen die beiden aryepiglottischen Falten, welche den Kehlkopfeingang fast ganz verlegten. Während der Untersuchung stellte sich ein neuer Erstickungsanfall ein, weshalb L. einen Kehlkopfkatheter einführte und darauf die Cricotracheotomie ausführte, worauf die Athmung vollständig frei wurde und die Temperatur zu sinken begann. Am fünften Tage konnte die Canüle entfernt werden, doch hatte sich an der Aussenfläche des Schildknorpels linkerseits infolge des Druckes der Canüle eine Perichondritis entwickelt, welche sich jedoch allmählich zurückbildete. Im Kehlkopfe hielt die Schwellung an der linken aryepiglottischen Falte und dem Schleimhautüberzuge des linken Giessbeckenknorpels längere Zeit hindurch und nach Incision in dieselbe entleerte sich tropfenweise Eiter. Die Heilung beanspruchte im Ganzen etwa 4 Wochen.

Der dritte Fall betraf einen 63-jährigen Gelehrten, der eine sitzende Lebensweise führte, viel arbeitete, etwas atheromatöse Gefässe und einen schwachen ersten Herzton aufwies, und in den letzten Jahren mehrere Male an sehr hartnäckigen Grippen gelitten hatte, zuletzt am Schlusse des Jahres 1890, von welcher er sich eben erst erholt hatte. Ende Januar 1891 machte er leicht gekleidet einen längeren Spaziergang bei sehr windigem Wetter, wobei er mit seiner Begleitung sehr viel sprach. Am selben Abend Kratzen im Halse, hohes Fieber. Unruhige Nacht mit Husten. Am anderen Morgen Steigerung der Halsschmerzen, belegte Stimme, erschwertes und schmerzhaftes Schlucken. L. sah den Pat. Abends: Puls 124, schwach. Geringe Schwellung der Submaxillardrüsen, Röthung der Pharynxschleimhaut. In den Lungen vereinzelte catarrhalische Rasselgeräusche. Am dritten Tage stellten sich Athembeschwerden und ein etwas schnarchendes Stenosengeräusch bei der Inspiration ein. Die Drüsen und das Unterhautzellgewebe am Unterkiefer oedematös geschwellt, jedoch keine härtere Infiltration. Starke Röthung und Schwellung des gesammten Kehlkopfes, namentlich der flottirenden Stimmbänder und der Schleimhaut an der hinteren Wand, an welcher eine glasige Geschwulst von der Grösse einer grossen Erbse hängt, die sich während der Inspiration einzieht, während sie zur Zeit der Exspiration auf den geschwellten Taschenbänder flottirt. Die Stenosenerscheinung liess gegen Abend nach, auch wurde das Schlucken freier, doch folgte wieder eine schlaflose Nacht mit beschleunigter Athmung (40), häufigem trockenem Husten und sehr schwachem Pulse von 132. Am vierten Tage war die oedematöse Schwellung des Kehlkopfes vollkommen geschwunden, dessen Schleimhaut nur noch hochroth gefärbt war. Die Schwellung der Drüsen und des Zellgewebes am Unterkiefer etwas geringer. In den abhängigen Theilen der Lungen ziemlich viel Rasselgeräusche, besonders rechts, wo deutliches Bronchialathmen hörbar. Pat. der mit jedem Tage immer mehr zusammengefallen war, begann am Abend zu deliriren und starb um die Mittagszeit des folgenden (5.) Tages.

Lunin glaubt diese drei ihrem Verlaufe und Ausgange nach so verschiedenen Fälle auf einen gleichen Ursprung zurückführen zu können, da allen dreien eine an das s. g. Larynxoedem oder Laryngitis phlegmonosa erinnernde Erkrankung des Kehlkopfes gemeinsam ist. Während Morgagni als erster schon am Beginne dieses Jahrhunderts den Ausdruck Oedema Laryngis bei Entzündungen und Geschwürsbildungen der Kehlkopfschleimhaut gebraucht, wurde von Bayle als Oedema Glottidis eine seröse Infiltration des submucösen Gewebes nicht entzündlicher Natur verstanden. Spätere Forscher bezeichneten die entzündliche Form als Laryngitis phlegmonosa oder L. submucosa purulenta. Sestier (1852) unterschied auf Grund von 245 in der Literatur gesammelten Fällen ein primäres Kehlkopfoedem, wenn es bei vorher gesunden Menschen entstanden war, welches er als typisch bezeichnete, wenn es im Kehlkopfe entstanden war, als continuirlich, wenn es sich von den umgebenden Theilen auf den Larynx ausgebreitet hatte, und als consecutiv, wenn es als Folge von Knorpel- oder anderen Kehlkopfserkrankungen auftritt. Dem gegenüber unterschied er als secundäres Larynxoedem die Fälle, die als Complication zu anderen Krankheiten (Variola, Scarlatina, Abdominaltyphus etc.) hinzutreten. Die Aetiologie dieser primären und typischen Form des Larynxoedems, die im Kehlkopfe selbst entsteht und selbstständig auftritt, blieb jedoch in vieler Beziehung dunkel. Doch schon 1837 hatte Ryland 7 Fälle von Kehlkopferysipel veröffentlicht, von denen die grössere Zahl bei Lebzeiten erkannt wurde, weil das Erysipel sich vom Gesicht oder den Extremitäten aus auf Pharynx und Larynx ausgebreitet hatte, während die an diesen Partien primär entstandenen Erysipele erst auf dem Sectionstische diagnosticirt wurden. Wurde nun auch das Erysipel des Kehlkopfes als selbstständige Krankheit von Ziemssen, Rauchfuss, Gottstein, Makenzie und Anderen theils völlig anerkannt, theils bloss zugegeben, so blieb das ganze Krankheitsbild noch unsicher und schwankend bis Massei 1886 seine Monographie über das Erysipel des Kehlkopfs auf Grund von 14 selbstbeobachteten Fällen veröffentlichte.

Seitdem von Fehleisen als Ursache des Erysipels überhaupt eine gewisse Streptococcenart nachgewiesen, sind dieselben auch von verschiedenen Forschern (Biondi, Hayek, Herzfeld u. And.) beim Kehlkopferysipel gefunden worden. In der That bieten der Pharynx und Larynx hinreichende Eingangspforten für das Eindringen der Coccen, so die Höhlungen der hinter den Papillae circumvallatae auf dem Zungenrücken gelegenen Balgdrüsen, in welche die Schleimhaut sich durch schlitzförmige Oeffnungen hineinerstreckt, ferner die in die Morgagni'schen Taschen des Kehlkopfes mündenden Appendices, welche B. Fränkel nicht ansteht, mit den Taschen einer Tonsille in unmittelbare Analogie zu setzen.

Da jedoch von C. Fraenkel, Fessler, Lingelsheim, Knorr, Kirchner u. And. die Identität des Fehleisen'schen Erysipelcoccus mit dem Streptococcus pyogenes nachgewiesen worden, letzterer aber ausserdem im Zellgewebe die Phlegmone, Abscesse, dann Pleuritis, ja Pneumonien hervorrufen könne, so glaubt Dr. Lunin, die primäre Laryngitis phlegmonosa, sicher viele Fälle von s. g. Glottisoedem, die acut auftreten und mit hohem Fieber verlaufen, schliesslich die phlegmonösen Kehlkopfentzündungen mit darauf folgenden Pneumonien, auf eine Infection mit Streptococcen zurückführen und somit unter einen Gesichtspunkt bringen zu können. Von diesem Gesichtspunkte auch fasst er seine 3 Fälle auf: im ersten handelte es sich blos um ein oberflächliches Erysipel, im zweiten war die Infection eine tiefergehende, es kam zur Eiterbildung im submucösen Gewebe und im dritten begann das Erysipel im Kehlkopf, schwand darauf bald, wanderte aber längs der Trachea in die Bronchien hinab und führte schliesslich zu einer tödtlichen Pneumonie. Trotzdem wünscht L. nicht den Namen Laryngitis phlegmonosa abgeschafft und solche Krankheitsbilder einfach als Erysipelas Laryngis bezeichnet zu sehen. Wie wir bei der entsprechenden Erkrankung der oberflächlichen Haut von Erysipelas und bei Localisation des Processes im Unterhautzellgewebe von einer Phlegmone sprechen, so schlägt L. vor, die Bezeichnungen Laryngitis erysipelatosa und phlegmonosa beizubehalten, dabei aber im Auge zu behalten, das beide Krankheiten auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind.

Das auffälligste und erste Symptom des primären Larynxerysipels besteht in plötzlich eintretendem hohem Fieber, welches aber häufige Schwankungen zeigt, die sich nicht



immer nach dem Zustande der Localerkrankung richten; zweites Symptom: heftige Schmerzen im Halse, besonders beim Schlucken, weshalb der reichlich secernirte Speichel häufig zum Munde herausfliesst und Schmerz beim Druck auf die Cartilago thyreoidea, eine Folge der Entzündung der peritrachealen und laryngealen Drüsen. Dazu kommt der schon beschriebene laryngoscopische Befund. In einem Falle treten jedoch mehr die localen, in einem anderen mehr die Allgemeinerscheinungen in den Vordergrund. Die Gefahren liegen in der Möglichkeit der Erstickung oder des Fortschreitens auf die unteren Athmungswege, ferner in der schweren Infection, wie bei ganz bösartigen Kopferysipelen, und endlich im Ausbruch einer bis dahin latent gebliebenen Lungenschwindsucht. Behandlung: Eis innerlich und äusserlich; von Massei auch Sublimatinhalationen empfohlen. Bei Erstickungsgefahr versuchsweise die Scarification und als letztes Mittel die Tracheotomie. Der Gefahr des Ausbreitens des Processes auf die Lungen stehen wir jedoch ganz machtlos gegenüber.

Dr. Rauchfuss ist der Ansicht, dass wenn man sich beim Erysipel der Haut an das Fortschreiten des Processes hält, man in ähnlichen Erkrankungen des Pharynx und Larynx wohl auch von Erysipel sprechen könnte. Wenn man aber als Erysipelas phlegmonosum eine in die Tiefe dringende Infection bezeichnet, so liegen die Verhältnisse an der Haut doch anders als im Kehlkopfe und dürfte man eigentlich nicht von einer Phlegmone des letzteren reden. R. hat bei Erysipelas Faciei ein paar Mal Angina auftreten gesehen, und vor einem Monate bei einem 7-jährigen Kinde einen Fall beobachtet, der dem Erysipel ähnlicher sieht, als die beiden letzten von Dr. Lunin mitgetheilten Fälle. Allgemeine Röthe des weichen Gaumens mit glasiger Schwellung desselben. Der Kehlkopf war dem Auge nicht zugänglich und bei Untersuchung mit dem Finger liess sich der Eingang desselben als oedematöser Stumpf palpiren. Respir. 50. R. entschloss sich nicht zur Tracheotomie, verordnete Frictionen mit grauer Salbe und das Kind genas. Er hält die Bezeichnung infectiöse Pharyngitis und Laryngitis in solchen Fällen für ausreichend.

Dr. Kernig will Rachenerysipele, vorausgehend dem Gesichtserysipel wohl einige Mal an Erwachsenen beobachtet, primäre Larynxerysipele jedoch nicht an denselben gesehen haben. Auch macht derselbe auf den auffallenden Umstand aufmerksam, dass man in den grossen Hospitälern, wo es Abtheilungen für Erysipelkranke giebt, Fälle von sogenanntem primärem Larynxerysipel im Zusammenhang mit ihnen nicht sieht. Ebenso wenig scheinen die Fälle von sog. primärem Larynxerysipel wie weit bekannt, in ihrer Umgebung an anderen Personen (Haut-) Erysipel zur Folge gehabt zu haben.

Dr. de la Croix hat vor Jahren, als er einer Erysipel-Abtheilung im Peter-Paul-Hospitale vorstand, mehrere Fälle gesehen, wo unter Abblassen der Gesichtsrose das hohe Fieber nicht schwand, sondern sich oft noch steigerte, wobei heftige Respirationsstörungen auftraten, die häufig einen tödtlichen Ausgang nahmen. Die Section ergab dann neben anderen metastatischen Entzündungen meist Pneumonien, und in einem Falle, der in der Nacht plötzlich unter Erstickungserscheinungen gestorben war, eine so hochgradige Röthung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, dass das Lumen oberhalb der Stimmbänder fast völlig verlegt war. Ref. hat diese Fälle immer als ein directes Fortschreiten des erysipelatösen Processes von der Schleimhaut des Pharynx auf diejenige des Larynx und der Bronchien und auf die Lungen betrachtet. Aber ebenso wie die erysipelatöse Infection häufig nur eine Entzündung der Haut bedingt, in anderen Fällen jedoch als Phlegmone in das Unterhautzellgewebe dringt, so braucht sie auch nicht immer vom Pharynx aus den Weg die Schleimhaut entlang nach abwärts in die Lungen zu nehmen, sondern kann längs dem Zellgewebe beiderseits des Kehlkopfes auf das Zellgewebe des Mediastinum und von da auf Pleuren und Lungen übergehen.

Dr. Lingen erinnert sich, dass schon vor 20 Jahren Pirogoff gelegentlich einer Section, wo es sich um colossale Schwellung der Submaxillargegend, seröseiteriges Infiltrat im Mediastinum und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut handelte, als Ursache derselben eine erysipelatöse Infection bezeichnete.

Dr. Bidder macht darauf aufmerksam, dass die Gynaekologie schon seit Cruveilhier ein Erysipelas Uteri externum und internum kennt.

Dr. Tiling ist der Ansicht, dass dem Bestreben, diesen Erkrankungen innerer Organe den Namen Erysipel beizulegen, eine falsche aetiologische Auffassung zu Grunde liegt. Seitdem es sich herausgestellt, dass der Fehleisen'sche Streptococcus nichts Specifisches aufweist, sondern mit dem Streptococcus pyogenes identisch ist, fällt dieser Grund fort und möchte er daher die Bezeichnung Erysipel, ursprünglich einer acuten Entzündung der Capillaren der Haut, sowie Phlegmone derjenigen des Unterhautzellgewebes beigelegt, — den Entzündungen dieser Theile reservirt wissen.

Dr. Westphalen erinnert daran, dass von Senator der Begriff des Kehlkopferysipels aufgestellt worden, und dass man sich in der Debatte in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin auf die Ausdrücke acute infectiöse Pharynx- resp. Larynxphlegmone geeinigt hätte.

Dr. de la Croix bemerkt, dass der griechische Name Erysipel durchaus nicht eine Entzündung der Haut, sondern nur eine roth aussehende Geschwulst bezeichne, und man daher bei einer solchen Erkrankung der Haut eigentlich immer von einer erysipelatösen Dermatitis sprechen müsse. Einerlei ob durch einen specifischen Coccus oder durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen, so ist die infectiöse Natur des Erysipels sicher erwiesen, und schon Niemeyer sprach sich dahin aus, dass einzelne Fälle des Erysipels die Bedeutung allgemeiner Infectionskrankheiten haben. Zieht man noch die deutschen Bezeichnungen für Erysipel, wie Wanderrose und Rothlauf in Betracht, so ist nicht abzusehen, warum man bei einem nachgewiesenen Ueberwandern des Processes vom Rachen auf den Kehlkopf die Krankheit an diesem Orte ihres Namens entkleiden soll. Dass das Erysipel seinen Weg der Schleimhaut entlang nehmen kann, ist ja schon dadurch bewiesen, dass die meisten Fälle von Gesichtserysipel ihren Ursprung von der Schleimhaut der Nasenhöhle durch die Thränenwege oder von der Schleimhaut des Schlundes durch die Eustachi'sche Röhre nach dem äusseren Ohre nehmen. Für die Phlegmone vollends finden sich in jedem Zellgewebe analoge Verhältnisse, wie im Unterhautzellgewebe.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Der 5. Congress russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow I.

Der V. Congress der russischen Aerzte sollte bekanntlich im Mai vorigen Jahres gleichzeitig mit der allrussischen hygienischen Ausstellung stattfinden, musste aber auf das Ende des Jahres verschoben werden, da die im Frühling 1893 wieder in verstärktem Maasse auftretende Choleraepidemie im Reiche eine zahlreiche Betheiligung der Aerzte am Congress im Mai-Monat unmöglich gemacht hätte.

Die feierliche Eröffnung des Congresses erfolgte am 27. December v. J., um 1 Uhr Mittags im festlich mit der Büste Pirogow's geschmückten grossen Saale der Adelsversammlung im Beisein zahlreicher Mitglieder und Ehrengäste mit der Nationalhymne, worauf der Präsident des Organisationscomités, Dr. Ssutugin die Versammlung begrüsste und für die rege Theilnahme dankte. Er gedachte in seiner Rede der zahlreichen Aerzte, welche bei der Bekämpfung der Epidemien der letzten Jahre ihren Tod gefunden und berührte die traurige materielle Lage vieler Aerzte und namentlich ihrer Familien, die oft unversorgt zurückbleiben, wenn ihr Ernährer ein Opfer seines Berufes geworden. Die bis jetzt angewandten Mittel zur Verbesserung der Lage der Aerzte seien nicht im Stande gewesen, dem Uebel zu steuern. Erst in jüngster Zeit sei in dieser Beziehung ein Erfolg zu verzeichnen, indem die im vorigen Jahre verstorbene Frau des Privatdocenten N. J. Tschistowitsch in hochherziger Weise die Hälfte ihres Vermögens (gegen 80000 Rbl.) der ärztlichen Unterstützungscasse vermacht hat, mit der Bestimmung, dass die Zinsen vom Kapital zur Unterstützung nothleidender Aerzte und ihrer Familien und zwar vorzugsweise derjenigen Aerzte welche ein Opfer ihres Berufes bei Bekämpfung von Epidemien geworden sind, verwandt werden sollen.

Nach dieser mit Beifall aufgenommenen Rede erklärte Dr. Ssutugin den Congress für eröffnet und schloss daran die Mittheilung, dass nach den beim Eingang in den Saal abgegebenen Stimmen Prof. Lukjanow (Warschau) zum Ehrenpräsidenten, Dr. Dolshenkow (Chef des Sanitätsbureaus der Kurskschen Landschaft) zum Vicepräsidenten, Dr. Reich (Oberarzt des Militärhospitals in Charkow) und Dr. Shbankow (Chef der medico-statistischen Abtheilung des Gouvernements-Landschaftsamtes in Smolensk) zu Ehrensecretären des Congresses erwählt seien.

Der neue Präsident Prof. Lukjanow dankte mit wenigen Worten für die ihm erwiesene Ehre und sprach die Ueberzeugung aus, dass auch der gegenwärtige Congress mit vereinten Kräften arbeiten werde, getragen von den Gefühlen der brüderlichen Liebe zur leidenden Menschheit und von dem Glauben an die Macht der Wissenschaft.

Hierauf betrat das Stadthaupt von St. Petersburg W. A. Ratkow-Roshnow die Rednertribüne, um im Namen der Stadtverwaltung die Vertreter der medicinischen Wissenschaft von ganz Russland willkommen zu heissen. Er hob die hohen Verdienste der Aerzte hervor, ihre Nächstenliebe und Selbstaufopferung, die sie namentlich auch im Kampfe gegen die neueste Choleraepidemie bewiesen hätten, die St. Petersburger Stadtverwaltung schätze und würdige diese grossen Verdienste



der Aerzte und sei bereit alles zu thun, um den Aerzten ihre Arbeit während des Congresses zu erleichtern.

Den ersten mit grossem Beifall aufgenommenen wissenschaftlichen Vortrag «Der Vegetarianismus vor dem Forum der zeitgenössischen Wissenschaft» hielt sodann Prof. Erismann aus Moskau. Ueber diesen, sowie den zweiten von Prof. Tsish aus Jurjew (Dorpat) gehaltenen Vortrag «Ueber die medicinische Erforschung des Verbrechers» werden wir in der nächsten Nummer berichten. Hiermit schloss die erste allgemeine Sitzung und es begannen am nächsten Tage die Arbeiten in den Sectionen, deren es 28 gab.

Am Abend dieses Tages veranstaltete die Communalverwaltung zu Ehren der Aerzte in den grossen Sälen der Stadtduma einen Rout, der in animirtester Stimmung verlief.

Bf.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden II. Classe — dem Inspector der St. Petersburger Residenz-Medicinalverwaltung, Geheimrath Dr. Batalin. Der St. Wladimir-Orden III. Classe: dem Rector der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Woroschilow; den Universitätsprofessoren: Dr. Hirschmann (Ophthalmolog) in Charkow und Dr. Tschaussow (Anatom) in Warschau. Den Stanislaus-Orden I. Classe den wirkl. Staatsräthen und Dr. Tscheremschanski, stellv. Director der Irrenanstalt «Aller Leidtragenden» und Dr. Uranossow, Oberarzt des Krankenhauses Kaiser Paul's in Moskau.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — die Professoren der Universitäten in Kiew, Dr. Heubel (Pharmakolog); in Kasan, Dr. Wyssozki (Chirurg); in Moskau, Ostroumow (Therapeut), Focht (Patholog) und Jelzinski (Therapeut).

— Am 9. December beging der Professor der Physiologie an der Universität Kasan, Dr. Constantin Woroschilow, sein 25-jähriges Jubiläum. Der Jubilar, welcher zur Zeit zugleich das Amt des Rectors der genannten Universität bekleidet, hat seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er im Jahre 1868 den Cursus mit der goldenen Medaille absolvirte. Seine Doctor-Dissertation handelt von dem Nährwerth der Erbse.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. K. F. Slawjanski, welcher bekanntlich im December v. J. sein 25-jähriges Jubiläum beging, ist wie die «Russkaja Medizina» mittheilt, bei dieser Gelegenheit von 14 russischen und 2 ausländischen med. Gesellschaften zum Ehrenmitgliede gewählt worden. Seine Schüler überreichten ihm eine Sammlung der Arbeiten, welche aus seiner Klinik hervorgegangen sind.

— Der frühere Medicinalinspector von Chersson und Poltawa, Dr. D. D. Achscharumow, welcher im Mai vorigen Jahres in Riga, wo er seit 5 Jahren lebt, seinen 70. Geburtstag feierte, ist von der Rigaer Gesellschaft russischer Aerzte einstimmig zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Die Woronesh'sche Abtheilung der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat den hiesigen Arzt Dr. A. S. Wirenius, welcher Präsident der Section für Schulhygiene in der Centrale der genannten Gesellschaft ist, zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Am 21. December v. J. feierte in Potsdam der Oberstabsarzt a. D. Dr. Lange seinen 80. Geburtstag in körperlicher und geistiger Rüstigkeit. Unter dem Pseudonym «Philipp Galen» gehört er zu den hervorragendsten Romanschriftstellern unserer Zeit. Wir nennen von seinen zahlreichen Romanen, die bereits 130 Bände füllen, einige der bekanntesten, wie «Der Irre von St. James», «Der grüne Pelz», «Der Einsiedler vom Abendberge» u. s. w.

— Nach Verabschiedung des Prof. Dr. Prussak (nach 30-jährigem Dienst) ist die von ihm bekleidete specielle Professur für Ohrenkrankheiten an der militär-medicinischen Academie eingegangen und mit der Professur für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, welche Prof. Ssimanowski inne hat, vereinigt worden. In nächster Zeit soll der Lehrstuhl der Dermatologie als selbstständiger Lehrstuhl ebenfalls aufgehoben und mit dem der Syphilidologie vereinigt werden.

— Verstorben: 1) Am 20. December zu Saratow der Oberarzt am dortigen Deportationsgefängniss, wirkl. Staatsrath Woldemar Rech im nahezu vollendeten 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Dorpat, erhielt im dortigen Gymnasium seine Schulbildung und bezog im Jahre 1853 die dortige Universität, wo er sich bis zum Jahre 1857 dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung des Arztgrades war R. anfangs Arzt auf der Tuchfabrik Zintenhof in Livland, dann in verschiedenen Städten des Ssaratowschen Gouvernements (Atkarsk, Balaschew und Wolsk). Im Jahre 1874 wurde er zum Oberarzt des Deportationsgefängnisses in Ssaratow ernannt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. 2) Am 12. December bei Jalta einer der ältesten Aerzte Simferopol's Dr. Nikolai Arendt im 61. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurg. Academie war der Verstorbene kurze Zeit Militärarzt und wurde dann Arzt der russischen Gesandtschaft in Teheran. Im Jahre 1861 promovirte er zum Doctor medicinae mit einer Dissertation über das Pendeh-Geschwür und liess sich dann bleibend als praktischer Arzt in Simferopol nieder, wo er bald zu den beliebtesten und populärsten Aerzten gehörte. Auch im Communaldienst nahm er hervorragende Stellungen ein: er war Deputirter der Stadtduma und der Gouvernements-Landschaft, beständiges Mitglied der Bauerncommission und Mitglied des Gouvernements-Landschaftsamtes. Als hochbegabter und tüchtiger Arzt sowie als ausgezeichneter Mensch genoss er bei den Collegen wie auch bei Allen, die mit ihm in Berührung kamen, in hohem Grade die Liebe und Hochachtung derselben. 3) In Odessa am 5. December der freiprakticirende Arzt Hermann Fangwang im 57. Lebensjahre an Apoplexie. 4) In Kiew am 8. Dec. einer der ältesten Irrenärzte der Stadt, J. G. Gishizki an Bright'scher Nierenkrankheit, im Alter von 60 Jahren. Der Heimgegangene war nach Beendigung seiner Studien an der Kiewer Universität (1859) viele Jahre Arzt am städtischen Irrenhause in Kiew mit einem Gehalt von 12 Rbl. monatlich. Da diese Einnahme zum Lebensunterhalt nicht hinreichte, so übertrug man ihm auch die Leitung und den Unterricht in der Anatomie und Chirurgie in der Feldscherschule, wofür er 12 Rbl. monatlich und freie Wohnung erhielt. Trotz dieser kärglichen Einnahmen klagte er nie und übernahm noch unentgeltlich die Dejour für die übrigen 4 Aerzte des Hospitals. In den letzten drei Jahren war er an der psychiatrischen Heilanstalt des Dr. Korschun in Kiew thätig. 5) Am 23. Dec. in St. Petersburg der Ordinator am hiesigen städtischen Barackenhospitals zum Andenken an S. P. Botkin, Dr. Valerian Ssokolow im 34. Lebensjahre an Nephritis. Der Verstorbene stammte aus dem Rjasanschen Gouvernement und hatte seine Erziehung in St. Petersburg erhalten. Nach Absolvirung der naturwissenschaftlichen Facultät der St. Petersburger Universität im Jahre 1884 widmete er sich dem Studium der Medicin an der militär-medicinischen Academie, wo er im Jahre 1887 den Arztgrad erlangte. Seit dem Jahre 1889 war S. am Barackenhospital angestellt, anfangs als Assistenzarzt und seit dem August vorigen Jahres als jüngerer Ordinator.

— Zum Nachfolger von Prof. Henoch auf dem Lehrstuhl der Pädiatrie an der Berliner Universität ist jetzt Professor Heubner, Director der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig, definitiv berufen worden.

— Die durch den Tod Dr. S. Guttmann's erledigte Redaction der «Deutschen medicin. Wochenschrift» haben Prof. Dr. Albert Eulenburg (der bekannte Herausgeber der Real-Encyklopädie der med. Wissenschaften) und Dr. Julius Schwalbe in Berlin übernommen.

— Zum Nachfolger des verst. Prof. Kaltenbach auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie in Halle ist Prof. Fehling in Basel berufen worden.

— Der ausserord. Professor der Augenheilkunde an der Universität Insbruck, Dr. Wilh. Czermak, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der frühere Professor der Physiologie an der Universität Jena, Dr. Wilh. Preyer, welcher in den letzten Jahren Vorlesungen an der Berliner Universität hielt, ist neuerdings nach Wiesbaden übergesiedelt.

— In Charkow, wo über 200 Aerzte ihren beständigen Wohnsitz haben, soll in nächster Zeit ein Aerzteclub nach dem Muster des moskauschen auf Actien gegründet werden. Eine Berathung der Aerzte in dieser Angelegenheit hat unter dem Vorsitz von Prof. Grube bereits am 16. December stattgefunden.

— Wie verlautet, wird Prof. Rob. Koch in Berlin demnächst mit einer neuen Publication über das Tuberculin an die Oeffentlichkeit treten.

— Von der Universität Jurjew (Dorpat) sind im Jahre 1893 im Ganzen 493 Personen academische und medicinische gelehrte Würden und Grade verliehen worden, davon in der medicinischen Facultät 374 Personen, und zwar: die Würde eines Kreisarztes 12, die Doctorwürde 47, der Arztgrad 119, der Grad eines Magisters der Pharmacie 7, der Grad eines Provisors 78, die Würde eines Dentisten 20, der Grad eines Apothekergehülfen 68 und die Würde einer Hebamme 23 Personen.

— Wie verlautet, wird die Zahl der Studirenden der militär-medicinischen Academie auf 750 normirt werden und soll schon die nächste Aufnahme darnach eingerichtet werden.

— In Charkow hat sich neuerdings von der «Gesellschaft für exacte Wissenschaften» die medicinische Section derselben abgetrennt und eine selbstständige «Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin» gebildet. Am 16. December fand die erste Sitzung derselben statt, in welcher Prof. P. J. Kowalewski (Psychiater) zum Präses und Prof. Obolenski (Therapeut) zum Vicepräsidenten gewählt wurden.



— Prof. P. J. Kowalewski wird in diesem Jahre eine neue medicinische Zeitschrift in Charkow herausgeben.

— Der Veterinärarzt A. G. Ssergejew hat die Concession zur Herausgabe einer Zeitschrift in St. Petersburg unter dem Titel «Droguist» erhalten. Die Redaction derselben hat der Mag. pharm. Palm übernommen.

— Der Zahl der für den bevorstehenden internationalen medicinischen Congress angemeldeten Theilnehmer betrug bis Mitte December bereits 3800. darunter 1800 Ausländer. An wissenschaftlichen Mittheilungen auf dem Congress sind 10,000 angemeldet, davon die Hälfte aus Italien. 36 Staaten werden durch officielle Delegirte vertreten sein und mehr als 300 Vertreter werden die Universitäten und gelehrten Gesellschaften zum Congress senden.

— Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» erfährt, wird der für den April-Monat 1894 in München vorausgesehene deutsche Congress für innere Medicin mit Rücksicht auf den vom 29. März bis 5. April 1894 (n. St.) tagenden internationalen Congress zu Rom in diesem Jahre ausfallen und auf die Osterferien 1895 verlegt werden.

— Von den Aerzten Frankreichs und Belgiens wird gegenwärtig die Frage bezüglich der zahlenden Kranken in den öffentlichen Krankenhäusern ventilirt. Um dem die Aerzte schädigenden Missbrauch der Zahlbetten und Zimmer in den Hospitälern zu steuern, haben die Aerzte von Bordeaux den Wunsch ausgesprochen, es mögen in den Krankenhäusern sehr theure Separatzimmer und billigere, in einem gemeinsamen Saale aufgestellte Betten (für Minderbemittelte) dem zahlenden Publicum zur Verfügung stehen, doch sollen in beide Classen nur dringende, unabweisbare Fälle aufgenommen werden. (Wien. med. Presse).

— Nach den auf der Versammlung in Halle revidirten Statuten der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte wird vom 1. Januar 1894 ab von den neu eintretenden Mitgliedern ein Eintrittsgeld von 10 Mark erhoben. Mitglied kann nach den neuen Statuten Jeder werden, der sich wissenschaftlich mit Naturwissenschaften oder Medicin beschäftigt und ausserdem Jeder, «welcher sich für das Gedeihen der Naturwissenschaften und der wissenschaftlichen Medicin interessirt, falls er durch ein Ausschussmitglied empfohlen ist». (Allg. med. C.-Ztg.).

— Zu Ende des Januar-Monats tritt in Paris eine internationale Sanitätsconferenz zusammen. Wie es scheint, wird die Türkei sich an der Conferenz nicht betheiligen, da in's Programm der Conferenz die Reorganisation des internationalen Konstantinopeler Sanitätsraths aufgenommen ist, dessen Reform die Pforte als interne Angelegenheit der Türkei erachtet.

— Beim Conseil der vor Kurzem hier gegründeten Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg sind seit der Eröffnung der Thätigkeit der Gesellschaft, d. i. vom 29. Sept. bis zum 15. December d. J. an Mitgliedsbeiträgen und Spenden 11,687 Rbl. 76 Kop. eingeflossen. Weitere Spenden werden in der Verwaltung der Gesellschaft, Glinka-Strasse Nr. 8, täglich von 11 bis 4 Uhr entgegengenommen.

— Die Gouvernements-Landschaftsversammlung von Ssimbirsk hat beschlossen, auf einem vom Domainen-Ressort gepachteten, 300 Dessjatinen grossen Grundstücke eine Heilanstalt und Colonie für Geisteskranke zu errichten.

— In Suwalki ist eine medicinische Gesellschaft in der Bildung begriffen.

— XI. Internationaler Medicinischer Congress. Rom 29. März—5. April 1894.

In Folge Vereinbarung mit dem Ausschusse der deutschen chirurgischen Gesellschaft wurde die nächstjährige Versammlung der letzteren auf 18.—21. April 1894 verlegt, wodurch vielen deutschen Aerzten der Besuch des Congresses zu Rom möglich gemacht wurde.

Professor A. Jacobi, New-York, hat sich auf Ersuchen des Comités bereit erklärt, in einer Plenarsitzung des Congresses einen Vortrag zu halten, dessen Titel lautet: «Non nocere!»

Das Comité hat in Rom ein besonderes Bureau eingerichtet, welches den Congressbesuchern Wohnungen besorgen wird; die Firma Thos-Cook & Son in Rom hat sich auf Ersuchen des Comités, ebenfalls hiezu bereit erklärt.

In Rom werden, unter Führung des bekannten Alterthumsforschers Prof. Forbes, Ausflüge veranstaltet werden, desgleichen von der Firma Thos. Cook & Son in Neapel nach der Umgegend von Neapel und nach Sicilien.

Die Congressbesucher geniessen 50 pCt. Ermässigung für die Reise von Rom nach Neapel und zurück.

— Der VIII. internationale Congress für Hygiene und Demographie wird bekanntlich in diesem Jahre in Budapest abgehalten werden. Das Executiv-Comité hat in seiner letzten Sitzung den Zeitpunkt und die Eintheilung des Congresses definitiv festgesetzt, und zwar in folgender Weise. Der übliche Begrüssungsabend fällt auf den 1. September; Eröffnung des Congresses am 2, Sectionssitzungen am 3., 4., 5., 7. und 8. September, Schluss-Sitzung am 9. September. Der 6. September ist als Ruhetag für jene kleinen Ausflüge reservirt, welche in das Programm des Congresses aufgenommen wurden. Das wissenschaftliche Programm sammt den Detail-Fragen wurde bereits versendet, und der Erfolg des Congresses kann heute schon insoferne als gesichert angesehen werden, als namentlich seit der Versendung des Programms Seitens der hervorragendsten Fachmänner des Auslandes die Anmeldungen der Vorträge in überaus grosser Zahl erfolgen. Auch die im Anschluss an den Congress zu veranstaltende hygienische Ausstellung wird bereits vorbereitet; dieselbe wird sich von den bisherigen ähnlichen Ausstellungen dadurch unterscheiden, dass sie keine Industrie-Ausstellung sein wird, sondern nur solche Gegenstände umfassen wird, welche zur Erklärung und zum Studium der in das wissenschaftliche Programm aufgenommenen und auf dem Congress zum Vortrag gelangenden Fragen dienen. Zu den wichtigsten und interessantesten Berathungen wird die für den 4. Sitzungstag anberaumte grosse Diphtheritis-Debatte zählen. Diese Frage gelangt bekanntlich im Sinne der Beschlüsse des Londoner-Congresses zur Verhandlung und es wurde dieselbe durch das Executiv-Comité auf der breitesten, und zwar auf internationaler Grundlage derart vorbereitet, dass in jedem Lande eine besondere Commission nach gründlichem Studium seine Vorschläge verfasst, welche in der vereinigten Sitzung der Sektionen für Bacteriologie, Prophylaxis und Kinder-Hygiene die Grundlage der Berathung bilden werden. Das Präsidium in diesen Commissionen haben in den einzelnen Ländern die folgenden Forscher übernommen: in Deutschland Professor Fr. Löffler (Greifswald), in Oesterreich Prof. Wiederhofer (Wien), in England Dr. Edward Seaton (London), in Bayern Prof. H. Ranke (München), in Belgien Dr. Ed. Tordeus (Brüssel), in Frankreich Dr. Roux (Paris), in Ungarn Dr. Kornel Chyzer (Budapest), in Italien L. Pagliani (Rom), in Schweden Prof. E. Almquist (Stockholm), in den Vereinigten-Staaten Prof. Billings (New-York), in Russland Prof. Nicolaus Filatow (Moskau), in Serbien Dr. Paul Szteics Ober-Physikus (Belgrad), in Spanien Prof. Francis Criado y Aguilar (Madrid), in Roumänien Dr. D. Sergiu (Bukarest), in der Schweiz Prof. Ed. Hagenbach-Burkhardt (Basel) in Dänemark Prof. S. T. Sörensen (Kopenhagen) in Norwegen Prof. Axel Johanessen (Christiania.)

Der nach dem Congress zu veranstaltende Ausflug nach Constantinopel wird durch den Umstand an Interesse gewinnen, dass die Mitglieder des Congresses im Anschlusse an diesen Ausflug auch die Stadt Belgrad besuchen werden, von wo eine diesbezügliche Einladung ergangen ist.»

— In der Sitzung der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin vom 14. December v. J. machte der zum kaiserl. Gesundheitsamte commandirte würtembergische Assistenzarzt I. Cl., Dr. Buttersack, die wichtige Mittheilung, dass es ihm gelungen sei, den Krankenerreger der Pocken durch ein eigenartiges Untersuchungsverfahren aufzufinden, zu cultiviren und zu verimpfen; es sind langgestreckte, schwer sichtbare, netzartig verflochtene Fäden, welche die Pocken erzeugen sollen.

— Die Choleraepidemie im russischen Reiche wird immer schwächer und die Zahl der Gouvernements und Städte, in welchem keine Neuerkrankungen mehr vorgekommen sind, nimmt in erfreulicher Weise stetig zu. Die officiellen Cholerabulletins erscheinen daher in letzter Zeit nur 1 mal wöchentlich. Die grösste Zahl der Choleraerkrankungen entfällt noch immer auf die Stadt St. Petersburg, wo vom 23. bis 30. December 1893 99 Personen erkrankten und 49 Personen starben, während die letzte Decemberwoche des Jahres 1892 seuchenfrei war, da damals bereits seit dem 9. December keine weiteren Neuerkrankungen vorgekommen waren. Der Bestand der Cholerakranken in den Hospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Januar Mittags 12 Uhr, 84 Personen. Nächst Petersburg weisen noch die Gouvernements Kowno, Warschau, Plotzk Wolhynien und Tschernigow eine grössere Zahl von Choleraerkrankungen und Todesfällen auf.

Im deutschen Reiche ist die Cholera als erloschen zu betrachten. Während im Jahre 1892 die Zahl der im ganzen deutschen Reichsgebiete festgestellten Cholerafälle sich auf 19,719 (mit 8590 Todesfällen) belief und vom 1. Jan.—4. März 1893 noch 213 Erkrankungen mit 89 Todesfällen hinzukamen, führte das Wiederauftreten der Seuche im letzten Sommer nur zu 569 Erkrankungen mit 288 Todesfällen. Das deutsche Reich ist somit durch die gegen die Verbreitung der Seuche zielbewusst ergriffenen und zweckentsprechend durchgeführten Maassnahmen von dem Ausbruch einer neuen Epidemie verschont geblieben.

In Galizien ist die Cholera seit dem 17. Dec. v. J. ebenfalls erloschen, während sie in Ungarn, der Türkei (namentlich in Konstantinopel) und Spanien noch herrscht.

Bf.



— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. December 1893 6004 (458 wen. als in der Vorwoche), darunter 211 Typhus — (31 wen.), 654 Syphilis — (59 wen.), 57 Scharlach (=Vorw.), 16 Diphtherie — (9 wen.), 89 Masern — (12 wenig.), 20 Pocken — (10 wen.) und 118 Cholerakranke — (40 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

Vom Rjasanschen Kreis-Landschaftsamte wird ein Arzt zur Vertretung der Bezirksärzte während ihrer Urlaubszeit gesucht. Gehalt 600 Rbl. jährlich. Adresse: «Рязанская Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. December 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt
333	281	614	119	35	96	11	7	12	68	66	54	49	46	35	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 10, Scharlach 4, Diphtherie 9, Croup 7, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 64, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. Januar.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Januar.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Marie Mohl. В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
M. Winkler, Соляной пер д. 4. кв. 11.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ИЗДАНІЯ
Главной Физической Обсерваторіи
въ 1894 году.

1) ЕЖЕДНЕВНЫЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКІЙ БЮЛЛЕТЕНЬ.

Бюллетень заключаетъ въ себѣ данныя о погодѣ за 7 ч. утра даннаго дня, за 9 ч. вечера и за 1 ч. дня наканунѣ, и 2 синоптическія карты за 7 ч. утра и за 9 ч. вечера, составленныя почти для всей Европы, на основаніи 170 депешъ, получаемыхъ изъ Россіи и изъ за границы, и обзоръ погоды для Россіи за 7 ч. утра даннаго дня; наконецъ, когда возможно, дается предсказаніе о вѣроятней погодѣ на слѣдующій день и сообщаются свѣдѣнія о посланныхъ Обсеваторіею штормовыхъ предостереженіяхъ на Балтійское, Черное, Азовское и Бѣлое моря и на Ладожское и Онежское озеро.

Цѣна Бюллетеня съ доставкою на домъ въ С.-Петербургѣ и высылкою по почтѣ въ годъ **двѣнадцать (12 руб.)**, съ пересылкою же за границу **восемнадцать рублей 50 коп.** (**18 р. 50 к.**).

С.-Петербургскимъ подписчикамъ Бюллетень доставляется по городской почтѣ вечеромъ, въ самый день выхода.

2) ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКІЙ БЮЛЛЕТЕНЬ.
ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ РОССІИ,

Бюллетень сдается за каждый мѣсяцъ по новому стилю и разсылается въ слѣдующемъ мѣсяцѣ. Онъ состоитъ изъ двухъ цифровыхъ таблицъ, текста и карты. Въ таблицахъ приведены для 312 станцій мѣсячныя среднія величины атмосферныхъ осадковъ и данныя о снѣжномъ покровѣ и о грозахъ, а для 73 наблюдательныхъ пунктовъ среднія мѣсячныя величины всѣхъ прочихъ метеорологическихъ элементовъ. Въ текстѣ содержится обзоръ погоды за истекшій мѣсяцъ. На картѣ изображены: линіями распредѣленіе атмосфернаго давленія и температуры и красками, въ нѣсколько тоновъ, количество выпавшихъ осадковъ.

Подписная цѣна **3 рубля въ годъ** съ доставкою на домъ и пересылкою по почтѣ.

Желающіе могутъ обращаться по телеграфу въ Главную Физическую Обсеваторію (по адресу «Петербургъ, Обсерваторія») съ запросомъ ожидаемой погодѣ на слѣдующій день, съ впередъ оплаченнымъ отвѣтомъ въ 20 словъ. Не допускаются запросы о погодѣ письменные или по телефону. За послѣдствія предсказаній Обсерваторія не отвѣчаетъ.

Лица, которыя желали бы сами предугадывать погоду на основаніи мѣстныхъ наблюденій и пользуясь общимъ обзоромъ погоды, могутъ получать такіе обзоры по телеграфу, въ отвѣтъ на соотвѣтственный запросъ съ уплаченнымъ отвѣтомъ въ 30 словъ.

Въ случаѣ желанія, Обсерваторія можетъ высылать предсказанія о рѣзкихъ перемѣнахъ погоды прямо отъ себя, безъ предварительныхъ запросовъ по телеграфу. Для этого слѣдуетъ внести авансомъ извѣстную сумму, напр. 30—50 руб. сер., на уплату за телеграммы съ предсказаніями погоды. За такую телеграмму, будетъ взыматься 50 коп. сер. въ пользу казны, сверхъ платы, телеграфной конторѣ.

Главная Физическая Обсерваторія считаетъ своею обязанностью, во избѣжаніе всякихъ недоразумѣній, заявить, что современное состояніе науки и средства, которыми метереологія располагаетъ, не *при всякомъ состояніи погоды* дозволяютъ предсказывать съ нѣкоторою степенью достовѣрности ожидаемую погоду на слѣдующій день; поэтому, въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ Обсеваторія предпочитаетъ отрыто заявить о своей несостоятельности, взаменъ слишкомъ ненадежныхъ предсказаній, которыя могли бы подорвать въ публикѣ довѣріе къ наукѣ, какъ то, къ сожаленію неоднократно случилось въ другихъ странахъ.

Деньги адресуются въ Комитетъ Правленій Императорской Академіи Наукъ. С.-Петербургъ. Васил. Остр., у Дворцоваго моста.

Дозв. ценз. Спб. 8 Января 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, 15. (27.) Januar **1894**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1894 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Ueber submucöse Myome.

Vortrag, gehalten auf dem V. livländischen Aerztetag in Dorpat 3. September 1893.

Von

Dr. M. Treymann (Riga).

Hochgeehrte Versammlung!

Die submucösen Myome oder Fibromyome des Uterus beanspruchen ein ganz besonderes Interesse in Bezug auf die Diagnose und operative Behandlung. Da sie der Mucosa näher liegen als dem Peritoneum und in das Cavum uteri oder in die Cervixhöhle hineinragen, geben sie den hauptsächlichen Anlass zur Schwellung der Mucosa und zu den verhängnissvollen Blutungen, die meist in erster Linie den operativen Eingriff indiciren. Ein im Cavum uteri verborgener Schleimhautpolyp von der Grösse einer Weintraube kann, wie ich in meiner Praxis erfahren, eine gesunde, kräftige Frau durch einmalige Blutung der Ohnmacht und dem Tode nahe bringen. Hahnenkammförmige, breitbasig aufsitzende Schleimhautwülste, wie ich sie bei 6 grossen interstitiellen Myomen gefunden habe, die ich in den letzten 2 Jahren durch Laparotomie entfernte, waren die Erreger beständig wiederkehrender enormer Blutungen, die die Kranken zur Operation trieben. Sie bilden den Uebergang zu den eigentlichen submucösen Myomen, die in der, der Mucosa nahegelegenen Muskelschicht beginnen, und häufig in die Uterinhöhle hineinwachsen, viel seltener in der Cervixwand sich entwickeln. Alle Autoren sind darin einig, dass die Cervixmyome selten vorkommen. Es hat ein anatomisches, aber kein praktisches Interesse, bei der Frage zu verweilen, wie die submucösen Myome aus interstitiellen hervorgehen und ob gewisse Cervixmyome als interstitielle oder submucöse zu bezeichnen sind. Die geringe Dicke der Cervixwand gestattet im Grunde nur die Unterscheidung zweier Formen, der subserösen und der submucösen Cervixmyome. Ich werde mir daher erlauben, (in Ueber-



einstimmung mit Hegar, Hofmeier, Pozzi u. a.) die submucösen Myome entweder 1) als breitbasig aufsitzende oder 2) als gestielte, sog. fibröse Polypen, anzuführen.

Sehen wir von den kleinen, bohnen- oder nussgrossen gestielten Polypen des Cervix ab, die aus dem Os uteri heraushängen und leicht gefühlt und gesehen werden, ebenso leicht abgedreht werden können, so bietet die Diagnose sowohl der im Cavum uteri verborgenen, wie der im Cervix entwickelten grossen Myome oft die grössten Schwierigkeiten. Berühmte Gynäkologen, wie Scanzoni, Martin, verwechselten fibröse Polypen mit der Portio vaginalis, Andere wie Simpson, Peter Müller, Barnes, Murray, Chiari, Freund — mit Prolapsus uteri, mit Inversio uteri. Ja, es sind mehrere Fälle in der Literatur bekannt, wo der invertirte Uterus als Polyp durchschnitten wurde. Dies passirte beispielsweise Marion Sims, der mit Mühe die Kranke rettete. Ein sehr glücklicher Ausgang, da die 21 von Pozzi mitgetheilten Fälle, wo der invertirte Uterus absichtlich oder unabsichtlich abgetragen wurde, ca. 50 pCt. Mortalität ergeben.

Diese Irrthümer sind nicht wunderbar, wenn man bedenkt, welch' enorme Grösse die Myome des Uterus erreichen. Bekannt ist der Fall von Hunter in New-York, der bei einer Frau von 95 Pf. Körpergewicht ein Fibromyoma von 140 Pf. Gewicht entfernte. Pozzi, Péan u. A. haben mannskopfgrosse submucöse Myome per vaginam operirt. Ich muss gestehen, dass die kindskopfgrossen Myome, die Pozzi als enorm grosse Tumoren bezeichnet, mir schon genügend imponirt haben. Man denke sich die ganze Vagina so weit ausgefüllt, dass man mit Mühe in der Narcose ein paar Finger, allenfalls die halbe Hand einführen, den Stiel aber nicht erreichen oder kaum erreichen kann, und man wird sofort begreifen, wie das Resultat einer solchen bimanuellen Untersuchung ausfällt. Liegt nun der Uterus oben auf der Geschwulst platt, klein und welk auf, geht der Stiel bis zum Fundus uteri hinauf, so ist es mit der Sicherheit der Diagnose schlimm bestellt.

Ist das Myoma submucosum verborgen im Cavum uteri, der Cervix geschlossen, so kann es freilich nach genügender Dilatation des Cervix oft, aber auch nicht immer (wie ich später zeigen werde) erkannt werden, die Beschaffenheit und Insertion des Stiels jedoch dunkel bleiben. Eine junge Frau, bei welcher 3 Monate lang die Menstruation ausgeblieben war, hielt ich für schwanger, weil ich im Cervix das herandrängende Ei zu fühlen glaubte. Es war ein wallnussgrosser fibröser Polyp. Als ich, froh über die Diagnose, den Stiel abdrehen wollte, wobei die Zange vom harten Fibrom mehrmals abglitt, drehte sich der Uterus mit. Nach grosser Mühe — man konnte die Scheere, aber nicht hoch genug den Finger hinaufführen — gelang es, den 2 Centimeter breiten und 3 Centimeter langen, wie eine Muskelsehne gestalteten Stiel, der seinen Ursprung dicht unter dem Fundus uteri hatte, endlich zu durchschneiden. Die Operation dauerte $1\frac{1}{2}$ Stunden. Eine ältere Frau, die ein faustgrosses interstitielles Myoma uteri hatte, an starken und anhaltenden Blutungen litt und sich nicht zu einer radicalen Operation entschliessen wollte, hörte erst auf zu bluten, als ich den Uterus dilatirte und einen haselnussgrossen fibrösen Polypen mit dünnem Stiel entfernte. Sie hat seitdem, seit $1\frac{1}{2}$ Jahren, weder Beschwerden noch Blutungen gehabt.

Ist aber z. B. ein mittelgrosses Cervixmyom dem Finger und Auge auch ohne Weiteres zugänglich, ragt es selbst zur Vagina theilweise heraus, so kann das in einer Muttermundslippe stark entwickelte Myom, während die andre Lippe wie ein feiner Saum ausgezogen und verzogen ist, eine Inversio uteri oder einen Prolapsus uteri vortäuschen, besonders wenn die Grösse des Myoms den Untersuchungsraum beengt. Kann man an einen langgestreckten fibrösen Polypen auch gut hinanreichen, so ist doch oft die Grenze zwischen der Stielinsertion und dem invertirten Fundus uteri schwer zu finden, auch mit dem Auge oft kaum zu unterscheiden, wie auch Pozzi betont. Oder umgekehrt wird ein breiter Stiel fälschlich für den invertirten Uterus gehalten. Beiläufig hat die bei diesen Untersuchungen oft nothwendige Narkose ihre grossen Bedenken, da die betreffenden Frauen meist an chronischer Anaemie und Herzschwäche (Verfettung) leiden.

Fritsche, Martin, Pozzi, Hegar und Kaltenbach, Schröder und Hofmeier sprechen sich dahin aus, dass die Operation der grossen Cervixmyome oft sehr grosse ja ungeheure Schwierigkeiten mache und dass die Unterbrechung der Operation, die Unmöglichkeit, sie in einer Sitzung zu vollenden, die Patientin der grössten Lebensgefahr aussetze. Pozzi verwirft daher die Operation à deux temps, wie sie von Duncan, Marion Sims und Gusserow in Nothfällen empfohlen wird. Jeder Praktiker wird sich aber bewusst sein, dass man immer wieder bei der Schwierigkeit der Diagnose und Operation, zu welcher oft die dringendste Indication vorliegt, auf solche Fälle gefasst sein muss.

Es giebt zwei Wege, dieser Situation Herr zu werden: 1) die sorgfältige Erwägung, ob der resp. Fall sich besser für eine Kolpomyomotomie oder für eine Laparo-Myomotomie eignet und die dementsprechende Entscheidung. 2) der Entschluss, mit Hülfe eines grossen Armamentariums durch successive Zerstückelung, nicht nur der Geschwulst, sondern selbst des Uterus in einer Sitzung zum Ziel zu kommen. Péan schlägt den letzteren Weg ein und Pozzi, der Péan's Operationsweise und Instrumentarium anschaulich schildert, scheint sich dagegen nicht ganz ablehnend zu verhalten, neigt aber doch mehr der Anschauung Martin's und Hofmeier's zu, die bei sehr grossen submucösen Myomen die Laparotomie der Kolpomyomotomie vorziehen. Nach Hofmeier würde man sich bei submucösen Myomen, die grösser als ein Kindskopf sind, besonders wenn der Cervix erhalten ist, zur Laparo-Myomotomie oder zur Castration zu entschliessen haben. Ich glaube, dass wohl die meisten Gynäkologen mit dieser Anschauung übereinstimmen werden.

Das Operationsverfahren von der Vagina aus, wird sich natürlich sehr verschieden gestalten.

Das Einfachste ist die Abdrehung eines mässig starken Stiels, indem der gut gefasste fibröse Polyp mit der Zange rotirt wird. Immer ist zu beachten, ob der Uteruskörper sich dabei mitdreht, und in diesem Fall der Versuch sofort zu unterlassen.

Dass die Durchschneidung des Stiels mit Messer oder Scheere durchaus nicht so gefährlich ist, wie man früher glaubte, ist heutzutage erwiesen. Man hat daher auf den Ecraseur und die galvanokaustische Schneideschlinge verzichten gelernt, besonders da durch sie die Blutung nicht gestillt wird, bei dickem Stiel oft benachbartes Gewebe hineingezogen, ja das Peritoneum angerissen wurde. Wenn auch von einzelnen Unglücksfällen berichtet wird, z. B. von Werth, der bei der Durchschneidung des Stiels eine unstillbare Blutung erlebte, so dass er die Totalexstirpation des Uterus machen musste, — so blutet der Stiel beim Durchschneiden fast nie, sei es dass er nur kleine Gefässe oder retractile Gefässe besitzt (Gusserow, Hegar-Kaltenbach, Fritsche, Hofmeier, Pozzi).

Es giebt nun aber doch Stiele, die ich nicht durchschneiden würde, ohne sie vorher ligirt zu haben. Das sind 1) die breiten, 3—4 Centimeter dicken Stiele, die z. B. den Fundus uteri inversi enthalten könnten und 2) die Stiele, die hinter einer sehr grossen, die Vagina ausfüllenden Geschwulst liegen, die man allenfalls mit

dem Finger erreichen, aber nicht sehen kann. Solche Stiele würde ich immer zu ligiren suchen, ehe ich das Messer oder die Scheere ansetze. Martin scheint derselben Ansicht zu sein, ebenso Pozzi, der vor der Trennung des Stiels warnt, ehe die Geschwulst verkleinert ist.

Um die unerreichbaren Stiele zugängig zu machen, wird empfohlen:

1) Das «Allongement operatoire», eigentlich von Dupuytren empfohlen, der bei 200 Operationen nur 2 mal Blutungen aus dem abgeschnittenen Tumor erlebt haben will. Es wurde als treppenförmige Incision von Simon und als spiralige Umschneidung der Geschwulst von Hegar empfohlen. Jedoch haben Werth und Montgomery dabei profuse Blutungen erlebt.

2) Die von Chassaignac erfundenen keilförmigen Excisionen aus dem Tumor werden neuerdings warm von Hofmeier und Pozzi empfohlen.

3) Ebenso von Pozzi die Zerstückelung der Geschwulst durch besondere Instrumente von Jeannel, Collin, Segond: Kephalotrib- und kranioklastähnliche Instrumente.

Ich würde dieser Zerstückelung, die zugleich eine Zerquetschung der Geschwülste bedeutet, zustimmen bei mehr als kindskopfgrossen Geschwülsten und zwar weil 1) die Gefahr der Blutung nicht stattfände und 2) weil diese Instrumente mehr oder weniger leicht zu appliciren wären. Kindskopfgrosse Fibromyome mit den scharfen Zangen sicher und genügend vorzuziehen und festzuhalten, sie dann ohne Gefahr stärkerer Blutung tief anzuschneiden oder auszuschneiden, scheint mir sehr schwierig zu sein. Jedenfalls würde ich mich dazu bei den meist schon ausgebluteten Frauen kaum entschliessen.

4) Bei kindskopfgrossen und etwas kleineren Myomen scheint mir zur Herausbeförderung der Geschwulst bis zur Sichtbarmachung des Stieles das beste Instrument der Forceps zu sein. Auch Martin, Fritsche und Hofmeier empfehlen ihn zu diesem Zweck. Freilich ist Vorsicht geboten, denn Gosselin hat dabei einen Todesfall durch Inversio und Ruptura uteri erlebt. Die seitlichen Incisionen in den Damm, die Pozzi verwirft, heilen rasch und wurden von Dupuytren, Smith, Barnes und Koeberlé oft gemacht.

5) Die breitbasig aufsitzenden Myome werden durch die Enucleation entfernt. Da nicht einmal die meisten submucösen Myome einen Mantel, eine lockere Bindegewebshülle, auch Capsel genannt, besitzen, aus welcher sie ausgeschält werden mit Finger oder Spatel, so wird die Enucleation, besonders bei den weichen, meist unmittelbar in die Uterusmusculatur übergehenden Myomen oft zu einer blutigen, mit Scheere und Messer zu beendenden Operation. Dabei reisst denn auch zuweilen die Uteruswand ein, wie Schröder und Andere erfahren haben, so dass nach dieser schlecht abgelaufenen oder unvollendeten Operation sich manchmal noch hinzugesellen muss:

6) Die Exstirpatio uteri totalis vaginalis, die z. B. vor der Entfernung eines grossen Cervixmyoms nicht möglich war. Die Enucleation wurde zuerst 1840 von Amussat, dann von Maisonneuve und Lisfranc gemacht, später heftig bekämpft wegen der Unglücksfälle, neuerdings aber wieder empfohlen und gemacht von Atlee, Schröder, Pozzi, Péan.

Die Mortalität, die früher 33 pCt. betrug, ist jetzt auf 14—16 pCt. gesunken. (Gusserow, Pozzi.)

Sie gestatten mir, das Gesagte durch einige Fälle meiner Praxis zu illustriren, die ich den Krankenbögen der letzten 4 Jahre entnommen habe.

Bei allen zu berichtenden Fällen — mit Ausnahme des letzten — gab die Indication zum operativen Eingriff starke und anhaltende Uterinblutung, die bei den meisten chronische Anaemie und bedenkliches Siechthum zu Stande gebracht hatte.

1) Einer der häufigen gewöhnlichen Fälle von «fibrösen Polypen».

Eva G. 41 J. alt, Wittwe, aufgenommen den 10. Juli, entlassen den 23. Juli 1893. Seit einem halben Jahre häufige und profuse Menorrhagien. Vor 3 Tagen starke Blutung bis zur Ohnmacht. Aus dem Os uteri ragt ein nahezu hühnereigrosser Tumor von derber Consistenz hervor. Dilatation des Cervix in Narkose. Der Stiel des Tumors lässt sich als fingerdicker Strang fühlen, der von der vorderen Uteruswand dicht unterhalb des Fundus uteri entspringt. Er wird mit der Klemmzange gefasst und mit der Scheere abgetragen. Abrasio mucosae uteri. Ausspülung mit Eiswasser. 10 Tage nach der Operation genesen entlassen.

2. Eva R., 45 J. alt, verheirathet, aufgenommen den 3. April, entlassen den 14. Mai 1890. Diagnose: Myoma colli uteri submucosum. Seit 11 Jahren unregelmässige, profuse Menses, besonders schlimm in den letzten 6 Jahren. Im letzten Jahr fast beständige Menorrhagien. Keine Geburt. Guter Panniculus adip. Hochgradige Anaemie. Herz gesund. Uterus nach allen Dimensionen vergrössert, birnförmig. Os uteri ext. circa 2 Cm. weit. Im Cervix ein kugelig vorgewölbter, nicht derber Tumor zu fühlen, welcher faustgross der Uteruswand links und vorn mit breiter Basis aufsitzt. Am 11. April, 8 Tage nach der Aufnahme, nach gehöriger Desinfection der Vagina, wird die Enucleation von den Collegen Jansen, Berg und Helmsing freundlichst vorgenommen, während ich selbst durch eine kranke Hand theilzunehmen verhindert bin. Der Cervix wird beiderseits incidirt. Die den Tumor fassenden Zangen reissen wiederholt im morschen Gewebe aus. In grösseren und kleineren Fetzen wird der Tumor allmählich enucleirt, die bröckligen Massen schliesslich mit scharfem Löffel entfernt. Das Cavum uteri misst ca. 8 Cm. Rechts und hinten am Fundus uteri wird ein zweites hühnereigrosses Myom entdeckt, welches zu entfernen sich als unmöglich erweist. Keine Capsel nachzuweisen. Dauer der Operation 2 Stunden. Abends Temp. 39.0 Puls 112. Ebenso an den beiden folgenden Tagen, trotz sorgfältiger Desinfection der Vagina und des Uterus. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt carcinomatöse Degeneration des Uterus-Myoms. (Dr. Krannhals). Am 14. April, 3 Tage nach der ersten Operation, wird die Exstirpatio uteri totalis vaginalis von Dr. Berg gemacht. Sehr schwierig und mühsam. Der exstirpirte Uterus ist 12 Cm. lang, 8 Cm. breit. An der hinteren Fläche mehrere kleine subseröse Myome. Collaps, durch Campher und Kochsalz-Infusionen behoben. 4 Wochen lang Fieber, oft bis zu 40° C. ansteigend. Dann Erisypel. faciei. Trotz hochgradiger Anaemie, äusserster Schwäche, Oedeme der Unterschenkel, Transsudate in beiden Pleurahöhlen allmähliche Besserung im Verlauf der folgenden 4—6 Wochen und endlich vollständige Genesung.

3. Trine R., 34 J., verheirathet. Vom 7. September bis zum 30. October 1889 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum 3 Kinder gehabt. Vor 11 Jahren die letzte Geburt, vor 3 Jahren Abort. Seit 1 Jahr heftige Blutungen, 3 mal im Monat, wodurch die Patientin ganz kraftlos geworden. Hochgradige Anaemie und Abmagerung. Temp. 38,0. Am 8. September Untersuchung in Narkose: Es findet sich ein kindskopfgrosser frei beweglicher Tumor, der die ganze Vagina vollständig ausfüllt. Die schwierige Untersuchung mit der ganzen Hand ergiebt einen fingerdicken Stiel, der in den Cervix hineinragt. Die Insertion ist nicht zu erreichen. Der Uterus, etwa 8 Cm. lang, ist über dem Tumor oberhalb der Symphyse als birnförmiger flacher und welker Körper deutlich zu fassen. 5 Tage später, am 13. September Operation in Narkose: Dauer 1½ Stunden. Das Fibro-Myom (600 Grm. schwer, 32 Cm. Längsumfang, 34 Cm. Querumfang) wird mit der Naegele'schen Zange, die fest sitzt, entwickelt, dann der fingerdicke, im Cervix entspringende Stiel mit der Scheere abgeschnitten. Keine Blutung. Trotz seitlicher Incisionen — je 4 Nähte — ein kleiner Dammriss — 2 Nähte — und ein Längsscheidenriss in der Mitte der Vagina — 4 Nähte — aus welchem es stark blutet. Das Cavum uteri, 6 Cm. lang, wird mit Carbol-Eiswasser ausgespült. 10 Tage später die Nähte entfernt, per primam verheilt. Subfebrile Temperaturen ca. 4 Wochen andauernd. 4 Wochen nach der Operation schwache, kurz dauernde Periode. 7 Wochen nach der Operation hat die Patientin wieder leidlich gehen gelernt, ist noch sehr schwach und anaemisch. Später vollkommen genesen. ½ Jahr später um 10 Jahre jünger aussehend, mit frischer Gesichtsfarbe.

4. Elisabeth S., 54 J., vom 26. Mai bis zum 2. Juli im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum. Seit 14 Jahren angeblich Prolapsus uteri. 2 mal geboren. In den letzten Jahren 2 mal stärkere Blutungen, die je 4 Wochen andauerten. Guter Pannic. adip., hochgradige Anaemie. Vor dem Introitus vaginae liegt ein länglicher Tumor, 15 Cm. lang, oben 7, unten 4 Cm. breit, mit einem durch eine schmale Brücke verbundenen Anhängsel von etwa Hühnereigrösse, welches



oberflächlich gangränescirt ist. Der Tumor macht zunächst den Eindruck eines invertirten Uterus mit einem vom Fundus uteri entspringenden Myom. Ein Corpus uteri ist bei bimanueller Untersuchung zunächst nicht nachweisbar. Am 27. Mai Untersuchung und Operation in Narkose: Beim Hervorziehen des Tumors ergiebt sich dass es sich um einen langgestreckten, fibrösen Polypen handelt, der von der vorderen Muttermundslippe ausgeht. Der Uterus ist 6 Cm. lang, welk und flach. Spaltung der Capsel, Enucleation, Naht, die nach 8 Tagen entfernt wird. Genesen — nach 4 Wochen entlassen.

5. Feige B., 30 J., unverheirathet, vom 21. August bis zum 23. Sept. 1891 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum. Pat. hat vor einem Monat eine Anschwellung im Leibe bemerkt. Seit 1 Jahr starke und schmerzhafte Menses. Vor 7 Jahren eine Geburt. Ernährung gut. Anaemie. Am 23. August Untersuchung und Operation in Narkose: In der Vagina ein nahezu kindskopfgrosser Tumor, von prallelastischer Consistenz. Die vordere Muttermundslippe als scharfer Rand fühlbar. Das Corpus uteri über dem Tumor oberhalb der Symphyse nachzuweisen. Mit der Naegele'schen Zange wird der Tumor vor die äusseren Geschlechtstheile gezogen. Seitlich Incisionen in den Damm. Der Tumor nimmt die hinteren und seitlichen Theile des Cervix ein. Zwischen dem vorderen Theil des Tumors und der vorderen Muttermundslippe gelangt man in den Uterus. Die Capsel des Tumors wird im Halbkreise durchschnitten und der Tumor stumpf ausgelöst. Bei der Lösung aus der hinteren Muttermundslippe reisst plötzlich die Cervixwand quer ein und der Finger gelangt durch den Riss, aus dem es anfangs stark blutet, in die Bauchhöhle. Der Spalt wird bis in die Bauchhöhle hinein mit Jodoformgaze ausgestopft. Der entfernte Tumor ist eiförmig, 20 Cm. lang, 15 Cm. breit und weist der Rissstelle entsprechend ein 20 Kopeken-grosses Stück Serosa auf. 2 Tage später Jodoformgaze-Wechsel in Narkose. 4 Tage später zum 2. Mal gewechselt. Fieberloser Verlauf. Prima intentio der vernähten seitlichen Incisionen. 4 Wochen nach der Operation genesen entlassen.

6. Magge R., 47 J., vom 20. Juni bis zum 10 Juli 1890 im Krankenhause. Diagnose: Myoma colli uteri submucosum. 2 Geburten, die letzte vor 13 Jahren. Zwei Jahre gar keine Blutungen. Früher ganz unregelmässige Menses. Seit 4 Monaten heftige Metrorrhagien. Dazwischen starke Schmerzen. Schlechte Ernährung. Hochgradige Anaemie. Ueber der Symphyse ein harter, beweglicher birngrosser Tumor fühlbar, der dicht an das Corp. uteri heranreicht. Os uteri ext. rubelgross mit scharfem Rande. Durch dasselbe wölbt sich kropfartig ein ziemlich weicher Tumor vor. Innerhalb des Cervix ist er hart und sitzt der Cervicalwand breitbasig auf, nur das linke vordere Drittel der Circumferenz frei lassend. Uterus ca. faustgross. Am 26. Juni Operation in Narkose: Bis in das Scheidengewölbe reichende Einschnitte in den Cervix. Spaltung der Capsel des Tumors. Enucleation sehr mühsam wegen der Grösse und breiten Basis des Tumors, die in das Cavum uteri hineinreicht. Heftige Blutung hauptsächlich aus den Cervixschnitten. Tamponade der Vagina. Dauer der Operation 1½ Stunden. 60,0 Grm. Chloroform verbraucht. Collaps. Langsame Erholung nach 3 mal 24 Stunden. Nach 14 Tagen genesen entlassen. Die Portio ist zerklüftet. Der Cervix bis zum Os ut. int. für den Finger durchgängig. Der birnförmige Tumor oberhalb und links vom Uterus nicht mehr zu fühlen, dagegen per rectum; ca. 2 Cent. vom Uterus-Rande entfernt das linke Ovarium als länglicher mandelförmiger Körper, mit der linken Tube zusammenhängend, zu fühlen. Das entfernte Cervix-Myom ist kindskopfgross und wiegt ca. 1000 gr.

7. Liebe K., 31 J. alt, verheirathet. Vom 8. Mai bis zum 18. Juni 1891 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma uteri submucosum (Fibröser Polyp). — Menses seit dem 19. Lebensjahre alle 4 Wochen, sehr profus. 1 Jahr verheirathet, seitdem zwischen den Menses immer geringe Blutungen. Keine Schwangerschaft gewesen. Seit 4 Monaten Fluor albus, seit 3 Wochen übelriechender Ausfluss. Ernährung schlecht, hochgradige Anaemie. Sehr übelriechender, bräunlich-seröser Ausfluss aus der Vagina. In derselben ein grosser, runder, glattrandiger Tumor, der die Vagina ganz ausfüllt und nach oben hin in einen 3 Finger breiten Stiel ausläuft. Das Os uteri steht weit offen und ist als solches durch einen rothen nur wenig vorspringenden scharfen Saum gekennzeichnet. Der Stiel verläuft durch das Os uteri hinauf, die Insertionsstelle ist nicht zu erreichen. Das Corpus uteri ist nicht deutlich zu fühlen. 13. Mai: 1. Operation in Narkose: Entwicklung des Tumors mit dem Naegele'schen Forceps, durch den engen Scheideneingang, der durch 2 seitliche Incisionen erweitert werden muss. Als der breite Stiel ausserhalb des Introitus vaginae fühlbar wird, wird er mit der Dechampsschen Nadel in der Mitte durchstochen und mit doppeltem Seidenfaden ligirt. Die gleich darauf vorgenommene bimanuelle Untersuchung constatirt eine vollkommene Inversio uteri! Der Unterbindungsfaden ist also durch den Fundus uteri durchgeführt worden, 2 Cent. unterhalb der beiden deutlich erkennbaren inneren Tubaröffnungen. Die Breite des Geschwulststiels entspricht genau der Breite des Fundus uteri, ist jedoch nirgend deutlich von demselben abzugrenzen. Sofortige Entfernung des Seidenfadens und Ligirung des eigentlichen Polypenstiels. Er wird durchschnitten und die 5 Mark-grosse Wundfläche mit dem Paquelin verschorft. Ausspülung. Es lässt sich schon jetzt mit Sicherheit constatiren, dass eine Reposition des invertirten Uterus unmöglich ist. Lockere Jodoformgaze — Tamponade. Vernähung der seitlichen Incisionen. Der entfernte Tumor ist 14 Cent. lang. Grösster Umfang 27 Cent., Stiel 4 Cent. breit. Vom 14.—28. Mai erholt sich die Patientin, die übrigens fieberfrei bleibt, langsam unter Injectionen von Coffein natro benz. Abends 2 Mal Sulfonal 1,0 Grm. Am 28. Mai 2. Operation: Entfernung des Stielrestes dicht am Fundus uteri unter geringer Blutung. Es ist keine Capsel und keine deutliche Grenze zwischen Uterus- und Stielmusculatur zu finden. Die Abtragung gelingt ohne Verletzung der Serosa des Uterus. Die durchschnittene Mucosa des Fundus uteri wird mit 9 Seidenknopfnähten geschlossen. Nach 7 Tagen Entfernung der Nähte: prima intentio. Vom 3. bis zum 13. Juni also 10 Tage lang, feste Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze. Trotzdem fast beständig bald schwächerer, bald stärkerer blutiger Ausfluss (wahrscheinlich die Menstruation). Beim Wechsel der Tampons fanden sich meist grosse Blutgerinnsel. Der invertirte Uterus fühlt sich etwas schlanker an. 13. Juni 3. Operation (ohne Narkose) In den Cervixsaum werden 3 Kugelzangen eingehakt und der invertirte Uterus leicht reponirt unter einem kurzen Wehelaut der Patientin. Darauf steht der Uterus, 10 Cent. lang, in normaler Lage. Os uteri intern. für einen Finger durchgängig, os uteri ext. für zwei Finger. Ausspülung mit Eiswasser. Am folgenden Tage hat die Blutung aufgehört. Nach 4 Tagen ist der Uterus 8 Cent. lang, in normaler Lage. Der Scheidentheil weich, dick. Cervicalkanal zugängig für die Fingerkuppe. Anaemie gebessert. Keine Blutung, kein Fluor albus. Kräftezustand und Stimmung gut. Am 18. Juni d. h. 5 Wochen nach der ersten Operation, genesen entlassen.

Beim letzten Fall handelt es sich um ein nicht diagnosticirtes Myoma uteri.

8. Fräulein E. von D. 42 Jahre alt, vom 31. Mai bis zum 1. August 1893 im Krankenhause. Diagnose: Endometritis et Metritis chron., Tumor ovarii dextr. Seit Jahren krank. Vor 3 Jahren Abrasio mucosae uteri wegen Endometrit. chron. und Retroversio uteri. Darnach etwa 1 Jahr hindurch vollkommenes Wohlbefinden. In den letzten 2 Jahren starke Schmerzen in der rechten Beckenseite, hochgradige hysterische Beschwerden, so dass die Pat. das Bild schwerster Erkrankung bot und eine Zeitlang von den Angehörigen für phthisisch gehalten wurde. — Die Untersuchung ergiebt rechts einen harten, ziemlich beweglichen Ovarialtumor von Gänseei-Grösse, wobei sich der Verdacht auf Carcinom erhebt, und einen vergrösserten, nicht retrovertirten Uterus. Am 31. Juni Ovariotomie. Narkose. Bauchschnitt, über der Symphyse beginnend, bis 2 Finger breit unter dem Nabel. Rechts ein etwa gänseeigrosser, derber, höckriger Tumor, der durch einen kurzen, breiten Stiel an den Uterus geheftet ist. Der Uterus ziemlich stark vergrössert. Fundus uteri kuglich gewölbt. Einzelne Adhärenzen des Ovarialtumors lassen sich leicht lösen. Der Uterus wird sammt dem Ovarialtumor aus der Bauchwunde gehoben, der Cervix mit einem Gummischlauch umschnürt, der Stiel extraperitoneal fixirt. Vernähung des Peritoneums und der ganzen Bauchwunde, darauf Abtragung des Uterus mit dem rechten Ovarialtumor. Guter Verlauf. 8 Wochen nach der Operation genesen entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Schabert) des Ovarialtumors ergab Ovarialfibrom, ferner fand sich ein wallnussgrosses Fibromyoma uteri, welches den Fundus nach innen vorwölbte, mit glatter Oberfläche, so dass es auch nach Dilatation des Uterus schwer diagnosticirt werden konnte. — und endlich eine rechtsseitige Endosalpingitis, die nach allen Erwägungen sicherlich nicht gonorrhoischer Provenienz war, sondern kaum anders, als durch die vom Uterusmyom hervorgerufene Endometritis veranlasst sein konnte. Ich bin auch überzeugt, dass das an sich seltene, im Verlauf von 2 Jahren entstandene Ovarialfibrom aufs Engste mit dieser Entwickelung der Endometritis und Endosalpingitis zusammenhängt.

Wir haben also in den 8 geschilderten Krankheitsfällen 2 fibröse Uterinpolypen und 5 Cervixmyome, darunter 2 gestielte und 3 breitbasige, diagnosticirt und 1 submucöses Uterusmyom nicht erkannt. Bei der Behandlung haben wir, von der einfachen Abdrehung und Durchschneidung des Polypenstiels angefangen, 1 Mal die Ligatur angewandt, uns 2 Mal des Forceps bedient, eine Reposition des chronisch invertirten Uterus gemacht und uns weiterhin mit der Enucleation, Exstirpatio uteri totalis und der Laparo-Myomotomie durchhelfen müssen. Keine von unseren 8 Patientinnen ist gestorben, aber



mindestens 4 von ihnen (also die Hälfte) waren dem Tode nahe. Ich ziehe daraus den Schluss, dass bei der Diagnostik und operativen Behandlung der submucösen Myome des Uterus ausser der Antiseptik auch noch die Gunst des Glückes dem Arzt zur Seite stehen muss.

Referate.

Prof. K. Dehio: Ueber den Einfluss des Atropin auf die arhythmische Herzthätigkeit. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 52, 1893).

In seiner grundlegenden Arbeit über arhythmische Herzthätigkeit hat Heidenhain folgende experimentelle Thatsachen festgestellt: 1) Wenn man bei Hunden nach Durchschneidung beider Vagi das verlängerte Mark electrisch erregt und dadurch eine mehr oder weniger hochgradige Steigerung des Blutdrucks hervorruft, so erfolgt zunächst eine starke Beschleunigung der Pulsfrequenz. Wird der Blutdruck noch weiter gesteigert, so macht diese Beschleunigung einer völlig arhythmischen und unregelmässigen Herzthätigkeit Platz. 2) Wird der Blutdruck so weit gesteigert, dass frequente, aber noch regelmässige Pulsschläge erfolgen, so genügt es, die peripheren Vagusstümpfe durch faradische Ströme zu reizen, um die Arhythmie der Herzthätigkeit hervorzurufen, ohne dass eine weitere Steigerung des Blutdrucks nöthig wäre.

Hierdurch ist jedenfalls bewiesen, dass die Arhythmie ohne Betheiligung der Vagi erfolgen kann, aber durch die Erregung der Vagi befördert wird.

Das Experimentum crucis für diese Thierversuche hat Verf. am Menschen geliefert, wofür die von ihm beigebrachten Krankengeschichten den Beweis liefern. Bekanntlich kann man durch Atropin die im Herzen gelegenen Endigungen der pulsverlangsamenden Vagusfasern lähmen und so am gesunden Herzen eine vorübergehende Beschleunigung der Pulsfrequenz erzielen. Wenn man nun einem Menschen, der an vereinzelten Doppelschlägen und Intermittenzen des Pulses leidet, also eine leichte Form der Herzarhythmie erkennen lässt, ein bis zwei Milligramm Atropin. sulfuric. subcutan injicirt, so wird der Puls dadurch nicht nur frequenter, sondern auch vollkommen regelmässig. Es gelingt also durch die Lähmung der Vagi mit Atropin in solchen Fällen die schon bestehende Arhythmie zum Schwinden zu bringen.

In schweren Fällen dagegen, wo die Arhythmie schon zu der als Delirium cordis bezeichneten völligen Regellosigkeit ausgeartet ist, da bleibt das Atropin auf die Frequenz und den Rhythmus des Herzschlages völlig wirkungslos. Auch hierfür wird ein Beispiel statt vieler vom Verf. beigebracht.

Wir sehen also, dass die Arhythmie auch nach Ausschliessung der physiologischen Vaguswirkung unverändert fortbestehen kann. Deshalb müssen wir die letzten Ursachen der Arhythmie im automatischen Apparat des Herzens selbst und nicht in den der Herrschaft des Vagus unterworfenen Hemmungsvorrichtungen desselben suchen.

In einem auf dem vierten livländischen Aerztetag gehaltenen Vortrag über cardiale Bradycardie, welcher in dieser Wochenschrift Jahrg. 1893 p. 18 kurz referirt ist und nun in extenso im Deutsch. Arch. für klin. Medicin Bd. 52 1893 vorliegt, hat Verf. den Beweis erbracht, dass die bradycardische (d. h. pathologisch verlangsamte) Herzthätigkeit sich dem Atropin gegenüber ebenso verhält, wie die arhythmische.

Leichte Fälle von Bradycardie und leichte Fälle von Arhythmie können beide durch Atropin zeitweilig verringert oder beseitigt werden.

Schwere Fälle beider Affectionen widerstehen gleichmässig der Wirkung dieses Alkaloïds.

Wie bei der cardialen Bradycardie, so wird auch in ausgeprägten Fällen von arhythmischer Herzthätigkeit die Frequenz der Herzschläge durch Atropin nicht gesteigert.

Bei beiden Störungen hat also der Vagus seinen regulirenden Einfluss auf die Schlagfolge des Herzens theilweise oder ganz verloren und in dieser Thatsache sieht Verf. einen Beweis für die innere Verwandtschaft beider Affectionen.

Autorreferat.

Bourget und L. Barbey: Salacetol. (Therap. Monatshefte XII., 1893).

Unter dieser Bezeichnung hat die chemische Fabrik vormals Hofmann in Ludwigshafen neuerdings ein Salicylpräparat in den Arzneischatz eingeführt, das alle Vortheile des Salols bietet, ohne dass ihm die durch die Carbolsäure verursachten unangenehmen Nebenwirkungen anhaften. In dem Salacetol ist der Phenolkörper durch Acetol ersetzt. Es ist im Wasser sehr schwer löslich, dagegen leicht in Alkohol, Aether, Chloroform; in alkalischer Umgebung wird es zerlegt, kann also für die Darmdesinfection nutzbar gemacht werden; die Spaltungsproducte der Salacetols-Salicylsäure und Acetol sind für den Organismus nicht schädlich, letzterer Körper wird sehr rasch in Gestalt von Aceton eliminirt. Giebt man Salacetol in Ricinusöl gelöst, so wird die Elimination durch den Urin gesteigert, was Verff. dem irritirenden Einfluss des Oels auf die Verdauungssäfte zuschreiben; so fanden sie noch Einführung von 2 Gr. Salacetol in Pulverform 0,473 Salicylsäure in der 24-stündigen Harnmenge, während nach 2 Gr. Salacetol in 30 Gr. Ricinusöl gelöst — 0,723 Salicylsäure beobachtet wurden. Wird eine Salbe aus Salacetol und Axungia in die Haut eingerieben, so erscheint die Salicylsäure nach 3½—4 Stunden im Urin (eine Vaselinsalbe mit demselben Mittel zeigt keine Salicylresorption). Verff. empfehlen das Mittel bei Behandlung von Darmaffectionen; sie erzielten damit bei choleraartigen Diarrhoen ausgezeichnete Erfolge, die Dosis betrug pro die 2—3 g. in 20—30 g. Ricinusöl. Kleinen Kindern soll man so viel Decigramme geben, als sie Jahre zählen. In Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus waren die Erfolge mit dem Salacetol ebenfalls sehr günstig; es wurden 2 g. 2—3 mal täglich angewandt, wobei die Temperatur fallt und die Schmerzen abnehmen; gleichzeitig wird aber noch eine Salbe auf die schmerzhaften Gelenke applicirt: Acidi salicylici, Olei Terebinth, Lanolini ana 10,0 Axungiae 100,0. In einigen Fällen von Gallensteinerkrankungen erzielten die Verff. mit der Ricinusöllösung des Salacetols sehr gute Erfolge.

Besondere Empfehlung verdient das Salacetol nach den Beobachtungen der Verff. in der Kinderpraxis.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. R. Kobert: Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte. Zweite erweiterte Auflage mit 121 Abbildungen. Stuttgart, F. Enke, 1893. Mk. 7.

Die dem geschätzten Verfasser eigenthümliche vorzügliche Kenntniss des Stoffes und der einschlägigen Fachliteratur, sowie sein unermüdlicher Sammelfleiss, sind bereits so vielfach Gegenstand der Anerkennung gewesen, dass es an dieser Stelle wohl bloss eines Hinweises auf das abermalige Erscheinen seines bekannten Handbuches bedarf. Die Neuerungen, welche in der Arzneiverordnungslehre seit dem Erscheinen des «Arzneibuches» eingetreten sind, machten eine ziemlich vollständige Umarbeitung des genannten Buches nothwendig. Als neu aufgenommen begrüssen wir eine Reihe vortrefflicher Abbildungen, welche das sämmtliche ärztliche Instrumentarium zur Einbringung und Application von Arzneistoffen in seiner reichen Mannigfaltigkeit illustriren. Viele pharmaceutisch-technische Einzelheiten, über die der Arzt vergeblich in seiner Bibliothek Auskunft suchen wird und über welche ihn allenfalls nur der wissenschaftlich gebildete Apotheker unterrichten kann, sind in dem Kobert'schen Buche niedergelegt und machen es uns lieb und unentbehrlich. Der Liebhaber neuer Arzneiformen wird ebenfalls das finden, was er sucht und es wird daher das Buch nicht nur vom Anfänger, sondern auch von dem längst über das Examen hinausgelangten Arzte mit vielem Nutzen für sich und seine Patienten benutzt werden können.

K.

M. Dobrotworski: Die statischen Maschinen und die Anwendung der Franklinisation in der Medicin. Petersburg, Ricker, 1893. 50 pag. Russisch.

Nach kurzer Darlegung der physikalischen Grundgesetze wird das Hauptgewicht auf die Beschreibung der allmählich vervollkommneten Influenzmaschinen gelegt, Abbildungen und Schemata erleichtern das Verständniss. Preisangaben finden sich bei den neueren Apparaten. Empfohlen werden die Maschinen von Wimscherst (?) und von Gläser. Neu und praktisch ist die vom Verf. construirte Elektrode zur genauen Bestimmung der Funkenlänge. Ein kurzes Capitel behandelt die physiologische Wirkung der statischen Elektricität auf Haut, Muskeln, Körpertemperatur, Puls und Blutdruck, Gaswechsel und Athmung, Harnsecretion. Therapeutische Erfolge sah Verf. nur bei hysterischen und neurasthenischen Erscheinungen. Gegen andere Erkrankungen des Nervensystems leistete die Franklinisation nicht mehr und nicht weniger wie die Galvanisation oder Faradisation. — Wer eine Influenzmaschine sich anschaffen will, wird vorher die Broschüre mit Vortheil durchlesen.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 16. November 1893.

Zu dem in der vorigen Sitzung besprochenen Verletzungsfall (cf. diese Wochenschrift 1893 pag. 442) macht Herr v. Schrenck die Mittheilung, dass der Patient inzwischen verstorben ist. Die zu Rathe gezogenen Chirurgen, die Herren DDr. Turner und Luchin, entschlossen sich, bei bereits bestehenden Anzeichen einer septischen Peritonitis, zur Operation, d. h. zur Vereinigung der beiden abgerissenen Darmenden, welche denn auch am 4. Nov. ausgeführt wurde. Der Tod erfolgte am 6 Nov. Die Section ergab jauchige Peritonitis. Die Abreissung des Darmes hatte oben an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum stattgefunden. zurückgeblieben waren noch 368 Cm. Dünndarm. Patient hätte damit nach überstandener Verletzung und erfolgreicher Operation wahrscheinlich leben können, ohne zu verhungern. Vortr. demonstrirt die übrig gebliebenen Theile des Digestionstractus.

1) Herr Blachstein (Gast) spricht über Choleratheorien. In der Aetiologie der Cholera stehen zur Zeit die Theorien Koch's und Pettenkofer's einander unvermittelt gegenüber. Es giebt aber noch andere Theorien, die zwar nicht so allgemein bekannt sind, aber dennoch Erwähnung verdienen. Die Koch'sche Schule sieht in der Infection mit dem Kommabacillus die alleinige Ursache der Cholera Thatsächlich ist der Befund von Kommabacillen im Darm von Cholerakranken fast constant, es kommen aber doch Ausnahmefälle vor, in denen bei unzweifelhafter asiatischer Cholera diese Bacillen nicht gefunden werden. Andrerseits wurden dieselben manchmal in grosser Menge auch in ganz leichten Erkrankungsfällen, ja selbst bei Gesunden nachgewiesen. Die Koch'sche Theorie ist also zur Zeit noch nicht ohne Weiteres zu acceptiren. Vortr. kommt auf die Versuche am Menschen zu sprechen, die sowohl für als gegen die Koch'sche Lehre verwerthet worden sind. Eine Einwendung, die man den Selbstversuchen Pettenkofer's und Emmerich's machte, war zunächst die, dass es sich um wenig virulente Bakterien gehandelt haben könnte (Gaffky). Diese Lehre von der Virulenz ist ursprünglich in der Koch'schen Theorie nicht enthalten. In umfassender Weise ist die Virulenz aber bei den Versuchen berücksichtigt worden, die Metschnikow an sich selbst und an einigen Mitarbeitern, zu denen auch der Vortr. gehörte, ausgeführt hat. Benutzt wurden verschiedene Arten von Kommabacillen, und zwar: 1) Deneke'sche Bacillen von D. in altem Käse entdeckt, die beim Thiere viel virulenter sind, als die Koch'schen asiatischen Kommabacillen. Metschnikow selbst und noch zwei Andere vertrugen diese Bacillen ohne Beschwerden, ein Vierter bekam Koliken. 2) Gamaleja'sche Bacillen, bei Hühnerepidemien gefunden und für verwandt mit den asiatischen erklärt. Auch diese wurden ohne Folgen vertragen 3) Frische, aus der Hamburger Epidemie stammende Koch'sche Kommabacillen. Die Resultate der Selbstversuche mit diesen waren verschieden: bei einer Versuchsperson traten richtige Choleraerscheinungen auf. Trotzdem erwiesen dieselben Bacillen sich beim Thierversuch als nicht virulent. 4) Bei der choleraähnlichen Epidemie in Paris i. J. 1892 wurden Kommabacillen cultivirt, welche sich von den asiatischen in manchen Puncten unterscheiden. Dieselben wurden vom Vortr. auch im Wasser der Seine nachgewiesen. Vortr. trank nun Culturen von diesen Kommabacillen, welche bei Thieren sehr virulent waren, und bekam danach nur ziemlich heftige Diarrhoe, ohne ernstere Erscheinungen. Die Wirksamkeit der Bacillen beim Menschen ist also nicht parallel ihrer Virulenz beim Thier. Inbetreff des Thierexperimentes ist zu bemerken, dass man durch Injection der bacillenhaltigen Flüssigkeit in den Peritonealraum eigentlich gar keine Cholera, sondern nur eine Peritonitis hervorruft. Während die Cholera beim Menschen unter dem Bilde einer schweren Intoxication verläuft, wird beim Thierexperiment eine Infection, und zwar des Peritoneum's, bewirkt. Die Experimente würden an Klarheit und an Werth gewinnen, wenn man zu denselben anstatt der Bacillen das isolirte Cholera-Toxin benutzen könnte. Die Gruppe der Kommabacillen ist offenbar in der ganzen Natur sehr verbreitet und sind solche fast überall gefunden worden, wo man danach suchte. Sanarelli hat aus den verschiedensten Quellen nicht weniger als 36 verschiedene Arten von Kommabacillen dargestellt. (Die Sanarelli'schen Photogramme werden vorgezeigt). Auch die bei der asiatischen Cholera gefundenen Kommas zeigen unter einander manche Verschiedenheiten. (Cunningham, Friedrich.) Ob es sich dabei um Varietäten, um Poly- oder Monomorphismus handelt, ist zur Zeit noch unentschieden.

Was die epidemiologische Seite der Frage anlangt, so muss man Pettenkofer darin Recht geben, dass der Verlauf der Epidemien sich nicht aus den biologischen Eigenschaften der Koch'schen Kommabacillen allein erklären lässt. Es sind daher folgende Theorien aufgestellt worden: 1) Hueppe's Theorie: die Bacillen leben im Darm unter Abschluss von Sauerstoff, als Anaërobien und sind als solche giftig; gelangen sie nach aussen, so vegetiren sie weiter als aërobe Saprophyten, wobei sie resistenter werden und zur Quelle einer neuen Infection werden können. Damit in Einklang steht die Thatsache, dass die Anaërobiose gewisse Mikroorganismen (z B. Hefepilze) chemisch energischer macht. (Pasteur). 2) Die von Naegeli zuerst aufgestellte und später von Nencki wieder aufgenommene Theorie, welche sich auf die Thatsachen der Symbiose niederer Organismen gründet. Danach sollen an sich nicht pathogene Bacillen durch die Symbiose mit anderen Mikrobien pathogen wirksam werden. Es ist bekannt, dass Bakteriengemische chemisch oft viel energischer wirken als Reinculturen (bei der Gährung etc.). Für manche pathogene Mikroorganismen ist eine solche Symbiose auch bereits nachgewiesen. (Diphtheriebacillen mit Streptokokken, Typhusbacillen mit Fäulnissbakterien etc.). Vortr. hält es für sehr wahrscheinlich, dass auch bei der Cholera die Symbiose der Kommabacillen mit andern, in den Dejectionen und im Darm von Cholerakranken gefundenen Mikroorganismen eine Rolle spielt. Weniger wahrscheinlich ist hierbei der Einfluss eines Blutparasiten, etwa desjenigen der Malaria, woran auch gedacht worden ist (Buchner). Denn viele von der Cholera stark heimgesuchte Orte sind frei von Malaria, so z. B. auch die Stadt Baku, in welcher Vortr. während der Epidemie von 1892 arbeitete. In engem Zusammenhange mit der Aetiologie steht die Frage der Cholera-Schutzimpfung. Ferran schlug den nach dem Stande unserer Kenntnisse richtigen Weg ein, indem er mit abgeschwächten Culturen von Kommabacillen impfte; er setzt seine Arbeiten, die anfangs von Misserfolg begleitet schienen, auch jetzt noch fort. Hawkin's Versuchen liegt ganz dasselbe Princip zu Grunde, nur ist seine Methode wissenschaftlich genauer ausgebildet: er bestimmt zunächst die Virulenz der zu benutzenden Bacillen, «acclimatisirt» sie an das Meerschweinchen, nimmt hierauf Culturen stärkster Virulenz und schwächt diese durch Sauerstoffeinwirkung ab, bevor er sie zur Impfung benutzt; zur Zeit arbeitet er in Indien. So interessant diese Impfversuche vom experimental-wissenschaftlichen Gesichtspuncte auch sind, so darf man noch keine allzugrossen Hoffnungen auf dieselben setzen, so lange das Studium der Aetiologie, resp. der Infection, beim Thier noch nicht abgeschlossen ist.

In neuester Zeit beansprucht auch die Blutserumtherapie der Cholera ein hervorragendes Interesse. Klemperer fand, dass das Blutserum gesunder Menschen eine Immunisationswirkung gegen die Cholera ausübte. Das Serum wirkt aber nicht direct gegen die Intoxication mit dem Choleragift, sondern indirect gegen die Infection mit den Cholerabacillen, indem es wahrscheinlich die Leukocytose und Phagocytose anregt. Botkin jun. fand, dass das Blutserum an Cholera Verstorbener eine hohe Immunisationskraft besitzt. Der Mensch kann also zu Grunde gehen, ehe die Widerstandskraft seines Serums erschöpft ist.

2) Herr Wladimiroff spricht über die Gewinnung von Tetanusheilserum.

Die bisher allgemein benutzte Methode der Heilserumgewinnung besteht darin, dass man die Versuchsthiere möglichst hoch immunisirt, um ihr Blut für Heilzwecke brauchbar zu machen. In der That enthält das Blut derart vorbehandelter Thiere bald nach der Immunisirung bedeutende Quantitäten von Antitoxin: letztere verschwinden jedoch nach einiger Zeit wieder aus dem Blute, und es ist sehr schwer das einmal hoch immun gemachte Individuum durch erneute Toxininjectionen wieder zur Antitoxinproduction zu veranlassen.

Ferner ist es Thatsache, dass auch im Blute von an Tetanus schwer erkrankten und selbst sterbenden Thieren oft sehr bedeutende Antitoxinmengen vorhanden sind. Es scheint ein gewisser Widerspruch darin zu liegen, dass ein Thier an Tetanus zu Grunde geht, während sein Blut den Heilkörper in genügender Menge enthält, um anderen, gesunden Thieren einverleibt eine schützende Wirkung auszuüben.

Noch paradoxer muss die Thatsache erscheinen, welche Behring schon früher beobachtet hat und von der sich Wl. während seiner gemeinsamen Arbeit mit Behring überzeugen konnte. Dieselbe besteht darin, dass auch bei Thieren, deren Widerständigkeit gegen Tetanus nicht künstlich erhöht, sondern im Gegentheil herabgedrückt wird, eine Anhäufung von Antitoxin im Blut und den anderen Körpersäften stattfindet. Das Verfahren zum Zweck der Verminderung der Widerständigkeit ist gerade entgegengesetzt dem Immunisationsverfahren, d. h. anstatt die Giftgaben beständig zu steigern, setzt man sie je nach dem Gange des Versuches so weit herab, als dies zulässig ist, um noch gerade eine deutliche Reac-



tion zu erzielen. So kann man ein Thier dazu bringen, dass es auf ganz geringe Gifteinspritzungen reagirt, auf welche es zu Beginn der Behandlung noch keine Reaction gab, trotzdem es viel Antitoxin in seinen Körpersäften besitzt, welches ja zu Beginn der Behandlung noch nicht vorhanden war.

Zur Erklärung dieser Thatsachen muss auf die Vorgänge zurückgegriffen werden, welche sich offenbar bei der einen wie bei der anderen Vorbehandlungsmethode im lebenden Gewebe abspielen. Bei dem Immunisationsverfahren producirt der lebende Organismus einerseits Antitoxin, andererseits aber gewinnt sein Gewebe an Giftwiderständigkeit. Die Gewebsimmunität nun ist eine anhaltende, während die auf Anwesenheit von Antitoxin beruhende vorübergehender Natur ist. Wenn also auch die gelösten Schutzkörper den Organismus mit der Zeit wieder verlassen, so behält er dennoch Dank dem Zustande seiner Gewebe noch genügend Giftfestigkeit und reagirt nicht mehr wie vordem auf erneute Toxingaben durch Production von Antitoxin.

Anders verhält es sich bei der zweiten Behandlungsmethode. Hier wird ja gerade die Giftwiderständigkeit der Gewebe herabgesetzt und jede erneute Toxinzufuhr hat vermehrte Antitoxinproduction zur nothwendigen Folge. Letztere kann, wie wir gesehen haben, unter Umständen auch nicht ausreichen, so dass das Individuum trotz bedeutender Schutzkörperanhäufung in seinen Gewebssäften doch dem Tetanus erliegt.

Es ist schwer den Grad zu bestimmen, bis zu welchem die Giftempfindlichkeit durch das angeführte Verfahren im gegebenen Falle gesteigert worden ist. Wenn z. B. ein Thier, das, wie Behring sich ausdrückt, «überempfindlich» gemacht worden ist, auf eine Dosis reagirt, welche 10 Mal kleiner ist als die ursprüngliche minimale Reactionsdosis, so dürfen wir doch nicht seine «Ueberempfindlichkeit» = 10 setzen; denn wir müssen noch denjenigen Theil von Widerständigkeit gegen erneute Toxingaben in Anschlag bringen, den das Thier der Anwesenheit von Antitoxin in seinen Gewebssäften verdankt. Wäre es möglich diese gelösten Substanzen aus dem Organismus zu entfernen, so würde man als Ausdruck für die Ueberempfindlichkeit des Thieres nicht die Zahl 10, sondern eine viel höhere, vielleicht 100, finden.

Es ist einleuchtend, dass es für die Praxis von hohem Werth sein muss, wenn dieses neue Vorbehandlungsverfahren von Behring sich bewährt, weil dadurch voraussichtlich die blutliefernden Thiere in ganz anderem Maasse werden ausgenutzt werden können als bei der immunisirenden Vorbehandlung.

Zum Schluss demonstrirt Wl. 2 Serien von Mäusen um zu zeigen, in welcher Weise der Giftwerth von Culturen und der Wirkungswerth von Heilserum ziffernmässig bestimmt werden kann. (Autorreferat).

3) Herr Heryng-Warschau (Gast) berichtet über die Ergebnisse seiner Versuche, Flüssigkeiten durch die Luftwege in das Lungengewebe und in Cavernen hineinzubringen. Es wurden zunächst Experimente an Thieren (Kaninchen und Hunden) gemacht. Benutzt wurden Lösungen von Carmin und Pyoktanin, vorwiegend von letzterem; solche von $^1/_8$—1,0 pCt. wurden ohne merkliche Reaction vertragen, bei höhern Concentrationen kam es zu reactiven Erscheinungen von verschieden langer Dauer, verstärkter Athmung etc; das Quantum der in die Luftwege gebrachten Flüssigkeit überstieg nicht 2,0 Ccm. Es ergab sich dabei Folgendes: war die Flüssigkeit in Rückenlage des Thieres langsam in die entblösste Trachea (durch Einstich) eingeführt worden, so zeigte die bald darauf ausgeführte Section, dass eine Aspiration der Flüssigkeit stattgehabt hatte und diese nach allen Richtungen, von der Spitze bis zu der Basis der Lunge, gleichmässig in das Lungengewebe eingedrungen war; wurde die Lunge in toto getrocknet, so zeigte sich ihr ganzes Parenchym vom eingebrachten Farbstoff gefleckt; bei Seitenlage des Thieres ging alle Flüssigkeit in die Lunge der entsprechenden Seite, bei Hochlagerung der hintern Extremitäten — in die Lungenspitzen, etc. Wurde die farbige Flüssigkeit in der Trachea von Hunden (nach der Laryngotomie) zerstäubt, so sammelte sie sich hauptsächlich in den abhängigen Lungenpartien, fast gar nicht in den Spitzen. Damit war bewiesen, dass beim lebenden Thiere durch entsprechende Lagerung eine bestimmte Localisation der in die Luftwege gebrachten Flüssigkeit möglich ist. Dann folgten Experimente an Leichen von solchen Tuberculösen, an welchen intra vitam Cavernen mit Sicherheit nachgewiesen waren. Es wurden bis zu 60 Ccm. in der Rückenlage injicirt. Bei der Section wurden die herausgenommenen Lungen der Länge nach durchschnitten und mit den Schnittflächen auf Fliesspapier gelegt, auf welchem ein Abdruck der farbigen Partien zurückblieb. Hierbei zeigte sich, dass die Flüssigkeit vorwiegend in den Cavernen sich gesammelt hatte. Herdförmige tuberculöse Infiltrationen, peribronchitische Heerde, lobuläre Entzündungsheerde färbten sich ziemlich leicht durch Imbibition, narbige und eingezogene Partien nehmen den Farbstoff in sehr geringem Maasse an. Schliesslich machte Vortr. eine Reihe von Versuchen an Kranken, speciell an Phthisischen, auch an solchen mit Cavernen. Er benutzte hierzu Pyoktanin und Solveol ($^1/_8$—$^1/_2$ pCt.); das Quantum betrug gewöhnlich 10 Ccm., überstieg nicht 60 Ccm. in einer Sitzung. Unter Cocainanaesthesie und unter Leitung des Laryngoskops lässt sich mit einer entsprechenden Kehlkopfspritze, deren Ende drehbar und mit einer Seitenöffnung versehen ist, die Flüssigkeit nach Belieben in den rechten oder linken Bronchus injiciren. Die Einspritzungen wurden von einigen Patienten auffallend gut vertragen; die Kranken husteten manchmal einen Theil der Flüssigkeit wieder aus, lernten aber bald, sogleich nach der Injection tief zu inspiriren. In einem Falle konnte Vortr. das Eindringen der Flüssigkeit in die Caverne auscultatorisch nachweisen: Die Injection wurde in sitzender Stellung gemacht und Pat. im nächsten Augenblick horizontal hingestreckt; an der Stelle der Caverne, und zwar nur an dieser, traten jetzt reichliche grossblasige Rasselgeräusche auf, welche früher nicht zu hören waren. Der directe Beweis des Eindringens der Flüssigkeit in die Caverne wird sich durch Punction der Caverne und Aspiration der farbigen Flüssigkeit aus derselben erbringen lassen.

Nachtrag: In der nächsten Sitzung, am 30. November, demonstrirt Herr Wladimiroff mit Erlaubniss von Herrn Heryng das Präparat der Lungen eines Kaninchens, in welche Heryng intra vitam nach seiner Methode Pyoktaninlösung gebracht hatte. Das Thier war beim Versuch auf die rechte Seite gelagert worden und es zeigt sich am aufgeblähten und durchschnittenen Präparat, dass der Farbstoff fast nur in die rechte Lunge gedrungen ist. Ausserdem zeigt Wl. die der Publication H's beigegebenen Abbildungen von Abdrucken von gefärbten Lungen auf Fliesspapier.

Secretär: E. Blessig.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 20. December 1893.

1. Dr. Kernig demonstrirt eine 27-jährige Patientin mit Tumor Mediastini, welche vor einer Woche in's weibliche Obuchow-Hospital eingetreten ist. Dieselbe, eine Dienstmagd, ist vor 3 Monaten an Husten mit Auswurf, jedoch ohne Blut in demselben, Frost, Hitze, Schmerzen in der Brust und Athemnoth erkrankt. Seit 3 Wochen hat sich dann noch Schwellung am Halse hinzugesellt. Das Gesicht war bei der Aufnahme gedunsen und am breiten Halse liess sich eine grosse Zahl von grossen Lymphomen durchfühlen. Dr. Eckert diagnosticirte gleich bei der Aufnahme der Patientin einen erheblichen Tumor im Mediastinum. Der gegenwärtige Status ist folgender: das Gesicht in Folge örtlicher Stauung gedunsen und mässig cyanotisch. Der Hals vorn und beiderseits unförmlich aufgetrieben durch grosse Lymphome, die sich bis in die obere Thoraxapertur fortsetzen, einzelne von ihnen sind etwas empfindlich. Geringe Cyanose und Oedem auch an den Händen und Armen wahrnehmbar, deren Venen sichtbar sind, über das Hautniveau vorspringen und sich hart anfühlen. Dieser Befund ist an den abgemagerten blassen Beinen nicht zu constatiren. An der vorderen Seite der Brust bis an das Epigastrium herab lässt sich ferner ein deutliches pralles Oedem wahrnehmen, desgleichen sind auch hier die subcutanen Venen ausgedehnt und stellenweise die in der Cutis selbst gelegenen Gefässe ectatisch. Puls beschleunigt (108—112), kein Fieber. Dabei ist der linke Puls deutlich kleiner als der rechte. Ziemlich reichliches serös-schleimiges, nicht blutiges Sputum, in welchem sich keine Tuberkelbacillen nachweisen lassen. Wenig Dyspnoe, kein Stridor, keine stenotischen Symptome seitens des Larynx, wohl aber Schluckbeschwerden. Diffuse leichte Schwellung der Schleimhaut der Epiglottis, aber kein eigentliches Oedem derselben. Keine Lähmung des Nervus recurrens. Der Brustkasten zeigt keine circumscripte Vortreibung, jedoch sind die Tiefendurchmesser desselben vergrössert, namentlich an der oberen Partie. Der Thorax wird bei der Respiration rechts vorn oben so gut wie garnicht ausgedehnt, links vorn oben nur wenig. Die Percussion ergiebt eine intensive Dämpfung rechts vorn oben von der Spitze bis zur 3. Rippe, die sich über das Manubrium und die obere Hälfte des Sternum, nach links vorn oben fortsetzt, doch ist links die Dämpfung weniger intensiv. Auscultatorisch lässt sich vorn oben bei angestrengtem Athmen nur eine Spur von Bronchialathmen constatiren, sonst abgeschwächtes Athmen, rechts hinten oben dagegen deutliches Bronchialathmen und dortselbst bis zum unteren Winkel der Scapula intensive Dämpfung, ebenso links hinten oben Dämpfung. Keinerlei Rasselgeräusche, der Pectoralfremitus im Bereich der Dämpfungen abgeschwächt. Die Herzdämpfung ist nach oben nicht abgrenzbar, nach rechts reicht sie einen Fingerbreit über den Sternalrand und nach links $1^1/_2$ Fingerbreit über die Mamillarlinie hinaus, wo im fünften Intercostalraum der Herzstoss fühlbar ist. Die grossen

Arterienstämme, Aorta und Pulmonalis geben schwache Töne, da dieselben offenbar durch den Tumor verdeckt sind. Die Leber ragt über den Rippenrand hervor, der Zwerchfellstand ist trotzdem hoch. Kein Pleuraerguss vorhanden, die unteren Lungenränder beweglich. Kein Ascites. Milz nicht vergrössert. Der Uterus retroflectirt. Harn normal. Das Blut gleichfalls normal. In beiden Achselhöhlen vergrösserte Lymphdrüsen rechts mehr als links. Weder anämischer, noch kachectischer Zustand ausgesprochen. Auf Grund des mitgetheilten Befundes, namentlich des Oedems und der Stauung an der vorderen oberen Körperhälfte, der grossen räumlichen Ausdehnung der Dämpfung, der Abwesenheit von Kachexie, nimmt Dr. Kernig in diesem Falle ein Lymphosarcom des Mediastinum an, da ein gewöhnliches Sarcom nicht so frühzeitig die Lymphdrüsen des Halses afficirt hätte. Das Bronchialathmen erklärt er sich entweder durch Compression der Lungen von Seiten des Tumors oder durch Uebergreifen des letzteren auf das Lungengewebe selbst.

2. Dr. Moritz hält einen Vortrag mit Krankendemonstration über einen Fall von schwerer chronischer Nephritis bei einem 20-jährigen Manne, der im Sommer 1892 in's Deutsche Alexander Hospital für Männer eintrat und infolge seines hochgradigen Hydrops längere Zeit in grösster Lebensgefahr schwebte. Durch 7 Monate lang fortgesetzte, mehrmals wiederholte Scarificationen der unteren Extremitäten von 1 - 2 Cm. Länge mit darauf folgenden, häufig gewechselten Verbänden vermittelst hygroskopischer Watte konnte der Hydrops mechanisch entfernt werden und gelang es die drohende Lebensgefahr abzuwenden, so dass mittlerweile nach eingetretener consecutiver Herzhypertrophie keinerlei hydropische Erscheinungen mehr vorhanden sind, obgleich die Albuminurie fortdauert. (Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift 1894, Nr. 1, in extenso veröffentlicht worden).

3. Dr. de la Croix theilt die Resultate der von ihm an Embryonen von Cholerakranken auf Koch'sche Kommabacillen angestellten bakteriologischen Untersuchungen mit. Zur Lösung der interessanten Frage, ob sich die Kommabacillen nur im Darminhalte und den Darmwandungen oder auch in den übrigen Organen von Cholerakranken vorfinden, waren von verschiedenen Forschern Untersuchungen angestellt worden, leider mit sich widersprechenden Resultaten. So hatte Dr. L. v. Rekowski*) im Sommer 1892 zahlreiche Organe von 14 der vom Ref. im Peter-Paul-Hospitale secirten Choleraleichen einer eingehenden bakteriologischen Untersuchung unterworfen, wobei es ihm gelang, die Kommabacillen in der Mehrzahl der von ihm untersuchten Organe mit grösserer oder geringerer Beständigkeit nachzuweisen, und zwar am Beständigsten in der Leber und den Nieren, ausnahmslos jedoch in der Galle, während er dieselben im Blute und in der Milz sehr selten antraf. Die von Dr. von Rekowski benutzten Fälle waren meist 8 bis 24 Stunden nach dem Tode zur Section gekommen und nur 2 Male gelang es ihm, bei 2 Stunden nach dem Tode ausgeführten Obductionen beizuwohnen.

Demgegenüber hatten die von Dr. de la Croix schon früher in derselben Richtung begonnenen Untersuchungen nicht so beständig positive Resultate ergeben, wobei es sich jedoch bestätigte, dass der Inhalt der Gallenblase das günstigste Untersuchungsobject abgab. Zugleich beobachtete Ref., dass negative Resultate desto häufiger eintreten, je früher nach dem Tode das Untersuchungsmaterial der Leiche entnommen wurde. In einigen Fällen war letzteres (vorzugsweise Galle nach vorausgeschickter Cystotomie) noch vor Ablauf einer Stunde nach dem Tode der Cholerakranken entnommen worden.

Da es somit nicht aufgeklärt war, welchen Einfluss etwaige Leichenvorgänge auf das Vorhandensein von Kommabacillen in den Organen von Choleraleichen haben, und ob nicht vielleicht das häufige Vorkommen der Kommabacillen im Inhalte der Gallenblase durch ein postmortales Einwandern aus dem Zwölffingerdarme längs der Schleimhaut des Gallenganges zu erklären sei, wandte Dr. de la Croix seine Aufmerksamkeit den Foeten von Cholerakranken zu. Sollte es gelingen, in denselben Kommabacillen nachzuweisen, so wäre damit auch ihr Vorhandensein im Blute der Cholerakranken selbst erwiesen.

Der erste Fall bot sich dem Ref. am 4. September 1893 dar bei der Section einer 22-jährigen Patientin, welche am 1. Sept. ins Peter-Paul-Hospital aufgenommen und am 3. Sept. 8 Uhr Abends im algiden Stadium der Cholera gestorben war. Dem graviden Uterus wurde unter allen Cautelen ein 7-monatlicher frischer Foetus entnommen, derselbe mit abgekochtem Wasser, darauf mit 90 gradigem Spiritus abgespült, dann auf 2 Stunden in eine Sublimatlösung von 1 : 1000 getaucht und letztere wiederum mit Spiritus abgespült. Darauf wurde der Foetus mit geglühten Instrumenten secirt und kleine Stücke seiner Leber und Milz in sterilisirte Reagenzgläser mit Koch'schem Peptonwasser gebracht, auf deren Oberfläche am folgenden Morgen sich feine Häutchen präsentirten. In den von letzteren angefertigten Plattenculturen zeigten sich am zweiten Tage verdächtige Colonien, welche im Stich verimpft den für Cholerabacillen charakteristischen Wuchs darboten. Die gleichzeitig aus der Galle und dem Dünndarminhalte der Mutter angefertigten Culturen ergaben gleichfalls Cholerabacillen. Im zweiten Falle wurde vom Ref. am 17. Sept. bei der Section einer am 15. Sept. Abends an Cholera erkrankten und am 16. September Morgens verstorbenen Frau (also 26 Stunden nach dem Tode) unter den beschriebenen Cautelen von dem gleichfalls 7-monatlichen frischen Foetus Culturen aus der Leber, der Milz und dem Herzblute angefertigt, welche jedoch keine Kommabacillen ergaben. Dagegen ergaben die aus dem Mageninhalte des Foetus, der aus eingedicktem Fruchtwasser bestand, angefertigten Plattenculturen zahlreiche Colonien, die im Stich den für Cholera charakteristischen Wuchs aufwiesen. Ein dritter Fall betraf einen todtgeborenen ausgetragenen Knaben, der am 7. October Morgens von einer Cholerapatientin am zweiten Tage ihrer Erkrankung geboren worden. Die aus dem Herzblute, der Leber und Milz desselben angefertigten Culturen ergaben keine Cholerabacillen, während die aus dem Mageninhalte desselben angefertigten wiederum zahlreiche Colonien des Kommabacillus aufwiesen. Die Mutter starb am 8. Tage der Erkrankung. Die Section bestätigte die Cholera.

Ohne die Frage von dem Passiren der Kommabacillen durch die unverletzte Placenta hierdurch lösen zu wollen, da es ihm nicht möglich war, dieser Seite der Frage die genügende Aufmerksamkeit zuzuwenden, glaubt Ref. trotzdem, dass namentlich die bakteriologische Untersuchung des letzten Falles genügend beweist, dass in dem Blute der Mutter die Kommabacillen circulirten, da sich der Befund der letzteren im Mageninhalte des Foetus auf keine andere Weise erklären lässt. Die negativen Resultate bei der Untersuchung des Blutes und der Organe des Foetus, sowie die oft negativen Resultate bei der Untersuchung der parenchymatösen Organe und des Blutes frischer Choleraleichen glaubt er sich durch eine sterilisirende Einwirkung des lebenden circulirenden Blutes erklären zu müssen. Ob dabei der Sauerstoffgehalt des Blutes oder seine lebhafte Strömung die Hauptrolle spielen, bleibt zunächst dahingestellt. Aber nach Ansicht des Ref. könne man sich leicht vorstellen, dass die durch die Placenta und den foetalen Blutkreislauf in den Magen des Foetus gelangten, wenn auch in ihrer Lebensenergie beträchtlich abgeschwächten Keime der Kommabacillen, sich in dem günstigen, Blutplasma enthaltenden Nährboden desselben und bei Körpertemperatur soweit erholen könnten, um bei dem Culturverfahren wiederum charakteristische Kolonien zu erzielen. Aehnliche Beobachtungen mache man häufig im Laboratorium, wenn man abgeschwächte Culturen auf frischen Nährboden überimpft. Analog sei ja auch völlig die Beobachtung, dass man in den Ausbuchtungen eines inficirten Flusses, wo das Wasser sich langsam bewegt, oft auch völlig stagnirt, die Kommabacillen viel leichter nachzuweisen im Stande ist, als in den aus der Mitte des strömenden Flusses entnommenen Wasser. Dieselben Verhältnisse einer friedlichen Bucht jedoch, wie der Mageninhalt des Foetus, bietet der Inhalt der Gallenblase beim Erwachsenen dar, weshalb sich auch dort der leichtere Nachweis der Kommabacillen ungezwungen erklären lässt. Ref. hält seine Untersuchungen durchaus nicht für abgeschlossen, musste dieselben aber zunächst unterbrechen, da Ende October die Aufnahme von Cholerakranken im Peter-Paul-Hospital geschlossen wurde.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

*) Archives des sciences biologiques publiées par l'institut Impérial de médecine expérimentale à St. Pétersbourg, Tome I, Nr. 4.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Oberarzt des Sophien-Kinderhospitals in Moskau, wirkl. Staatsrath Pokrowski. Der St. Wladimir-Ord. IV. Classe — den Universitätsprofessoren, wirkl. Staatsräthen Erismann (Moskau), Tolotschinow (Charkow), Ssinizyn (Moskau) und dem älteren Arzt am St. Petersburger Nikolai-Kinderhospital, wirkl. Staatsrath Severin. Der St. Stanislaus-Orden I. Cl. — den Universitätsprofessoren Tscherinow (Moskau) und Obolenski (Charkow). Der St. Annen-Orden II. Classe dem Vicedirector des Medicinaldepartements, wirkl. Staatsrath Jepifanow und dem jüngeren Arzt des St. Petersburger Nikolai-Waiseninstituts, Asche. Der St. Stanislaus-Orden II. Cl. — dem älteren Arzt des St. Petersb. Findelhauses, P. Kruse.



— Ernannt: der Gehülfe des Oberarztes am Michaelhospital in Tiflis, Staatsrath Haudelin — zum beständigen Mitgliede der Civil-Medicinalverwaltung von Kaukasien.

— Verstorben: 1) Am 5. Januar in Pleskau der frühere Kreisarzt, Staatsrath Maximilian Reymann, der älteste der dort lebenden ehemaligen Jünger der alma mater Dorpatensis, nach längerer Krankheit im Alter von nahezu 68 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Poltawa und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1847—53 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades war er Militärarzt in Reval und im Kaukasus, nahm i. J. 1860 aber seinen Abschied und siedelte nach Pleskau über, wo er kurze Zeit als freipracticirender Arzt, später als Kreisarzt fungirte, bis ihn im vorigen Herbst ein schweres Leiden zwang, sein Amt niederzulegen. Reymann war, wie ihn eine Zuschrift an die «N. Dörptsche Ztg.» schildert, eine schlichte, anspruchslose Persönlichkeit, die sich nirgends vordrängte, aber doch bald den Ruf eines der tüchtigsten Gerichtsärzte zu verschaffen wusste. Im intimeren Verkehr galt er für einen treuen Freund, der seine Freundschaft nicht nur auf den Lippen trug, sondern sie auch durch die That bestätigte. 2) Am 27. December in Kiew der Professor emer. der Histologie und Embryologie, wirkl. Staatsrath Dr. Peremeschko, im 60. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus begann er im Jahre 1859 seine ärztliche Thätigkeit in Laischew (Gouv. Kasan) und wurde, nachdem er 1865 zum Dr. medicinae promovirt, auf Kosten des Ministeriums der Volksaufklärung zur weiteren Vervollkommnung in's Ausland auf 3 Jahre abcommandirt. Im Jahre 1868 habilitirte er sich als Docent an der Universität Kasan, wurde aber noch im selben Jahre zum Professor der Histologie und Embryologie an der Universität Kiew ernannt, an welcher er bis zu seinem Lebensende wirkte. Seine wissenschaftlichen Arbeiten sind in den Annalen der Kiewer Universität und anderen wissenschaftlichen Journalen erschienen. 3) Am 29. December 1893 in Charkow der dortige Arzt, Staatsrath W. S. Alexandrow, im 68. Lebensjahre. Neben seiner Praxis beschäftigte er sich eifrig mit der Literatur und gehörte zu den bekanntesten kleinrussischen Balletristen. Von ihm sind unter anderem auch die Heine'schen Dichtungen in's Kleinrussische übersetzt worden. 4) Im Rjasanschen Gouvernement der Landschaftsarzt I. A. Gubkin im 32. Lebensjahre am Flecktyphus. Die Kosten der Beerdigung hatte die Landschaft übernommen; sie wird auch der Wittwe eine Pension aussetzen. 5) In Kowno am 9. December die dortige Aerztin Wera Plungjanskaja im 38. Lebensjahre. 6) In Strassburg der Professor emer. Dr. E. Strohl im 81. Lebensjahre. Der Heimgegangene las früher Pharmakologie und Hygiene. 7) In Lyon der Nestor der dortigen Aerzte und bekannte Syphilidolog, Dr. Paul Diday, 82 Jahre alt.

— Am 4. Januar fand in Moskau die Eröffnung des IX. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte durch den Erlauchten Ehrenpräsidenten desselben, S. Kaiserliche Hoheit Grossfürsten Ssergei Alexandrowitsch statt. Nach Begrüssung der aus ungefähr 2000 Personen bestehenden Versammlung durch den Präses des Organisationscomités, Prof. K. A. Timirjasew, wurden die Wahlen vorgenommen, bei denen Prof. K. A. Timirjasew zum Präsidenten, F. F. Petruschewski und N. N. Beketow zu Vicepräsidenten und A. A. Tichomirow zum Secretär des Congresses gewählt wurden. Es ist somit kein Arzt in den Vorstand gewählt worden, obschon der Congress eine Versammlung russ. Naturforscher und Aerzte sein soll und von den 11 Sectionen desselben 3 rein medicinische sind.

— In Moskau beging am 22. December der dortige Arzt Dr. A. J. Iljinski das 40-jährige Jubiläum seiner praktischen Thätigkeit.

— Am 9. December wurde in Archangelsk das 25-jährige Jubiläum des Oberarztes des dortigen Reserve-Bataillons Dr. Julia Kosmowski, von den Collegen und Verehrern desselben festlich begangen. Die örtliche Gesellschaft der Aerzte, deren Präsident der Jubilar bereits seit 17 Jahren ist, erschien in corpore in der Wohnung desselben und überreichte ihm das Ehrenmitgliedsdiplom und einen silbernen Becher. Von dem Officierscorps des Bataillons, sowie von dem Lehrpersonal der Gymnasien, bei denen er schon viele Jahre als Arzt fungirt, erhielt er ebenfalls Ehrengeschenke und eine Adresse. Am 12. December veranstalten noch die Verehrer und Bekannten im örtlichen Club ein Diner zu Ehren des Jubilars. Wr.).

— Die Verlagshandlung von Schtschepanski in Petersburg (Newski Prosp. 34) beabsichtigt einen von Dr. N. P. Iwanow zu redigirenden «Russischen Almanach der vaterländischen Badeorte, Curorte und Heilanstalten» herauszugeben und bittet die Curärzte um Einsendung genauer Angaben über den Ort ihrer Wirksamkeit.

— Am 7. Januar fand im Arcadenhofe der Wiener Universität die feierliche Enthüllung der Denkmäler der verstorbenen Professoren Ernst Brücke und Carl Braun statt, bei welcher Gelegenheit ihre Nachfolger im Lehramt, die Professoren Exner und Chrobak, dem Andenken der Verewigten tiefempfundene Worte widmeten.

— Nach dem auf der jüngst stattgehabten Jahresversammlung der «Berliner medicinischen Gesellschaft» verlesenen Jahresbericht pro 1893 wurden im erwähnten Jahre in derselben 33 Sitzungen abgehalten mit 37 längeren Vorträgen und 78 Demonstrationen. Die Gesellschaft zählt gegenwärtig 914 Mitglieder; die Ausgaben betrugen 23,850 Mark, die Einnahmen 27,985 Mark. Das Gesammtvermögen beläuft sich auf 91,000 Mark. Zum Vorsitzenden wurde fast einstimmig Prof. R. Virchov, zu Stellvertretern des Vorsitzenden der Geh. Sanitätsrath Siegmund und Prof. v. Bergmann wiedergewählt. Prof. B. Fränkel. welcher 25 Jahre hindurch das Amt des Geschäftsführers der Gesellschaft verwaltet hat, ist von diesem Amt zurückgetreten.

— Am 1. Januar d. J. beging der verantwortliche Redacteur der «Pharmaceutischen Zeitung», Dr. Hermann Böttger, das 25-jährige Jubiläum seiner medicinischen Thätigkeit an dem erwähnten Fachblatte.

— Vom ärztlichen Verein in Wiesbaden war dem letzten in Wiesbaden abgehaltenen deutschen Bädertage die Mittheilung zugegangen, dass von der Regierung beabsichtigt werde. die Sonntagsruhe auch auf den Curbetrieb in öffentlchen Bädern, Heilanstalten und Badehäusern auszudehnen. Der ärztliche Verein wies zugleich darauf hin, dass der Ausfall der Sonntagsbäder für viele Kranke eine schwere Benachtheiligung darstelle Wie für Apotheker, so dürfe auch für Heilanstalten, Mineralquellen etc. keine Beschränkung an Sonntagen stattfinden. Der Bädertag hat nun beschlossen, in dieser Sache eine besondere Petition an den deutschen Reichskanzler zu richten.

— Die bei der St. Petersburger Universität bestehende Naturforscher-Gesellschaft beging am 29. December v. J. das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens mit einer Festsitzung in der Aula der Universität. Die auf den Namen des Gründers der Gesellschaft Karl Kessler gestiftete Prämie im Betrage von 500 Rbl. wurde diesmal dem Dr. med. A. M. Nikolski für seine Arbeit «die Wirbelthiere der Krim» zuerkannt.

— Die am 3. Januar vorgenommene Cassenrevision der Hauptverwaltung der Russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» ergab einen Vermögensbestand von 3,277,998 Rbl. 91 Kop.

— Die Prämie des Professors Peter Sagorski im Betrage von 1000 Rbl. ist in diesem Jahre von der Conferenz der militär-medicinischen Academie dem Professor der Histologie und Embryologie an der Charkower Universität, Dr. N. K. Kultschizki, zuerkannt worden.

(Jushny Krai—Wr.)

— In Kiew haben von den 139 Candidaten, welche von der medicinischen Regierungscommission geprüft wurden, 127 den Arztgrad erhalten, unter ihnen 20 cum eximia laude. Fünf Candidaten ist es gestattett worden, sich in einigen Fächern einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen, 7 haben das Examen nicht bestanden.

— Für den Bau neuer Universitätskliniken in Charkow sollen von der Krone bereits 400,000 Rubel ausgesetzt sein.

— Der Gutsbesitzer des Chersson'schen Kreises Ch. A. Bredichin hat der Cherssonschen Gouvernements-Landschaft sein 250 Dessjatinen grosses Gut mit allen Gebäuden und einem grossen Garten zur Errichtung eines Irrenasyls geschenkt.

— Die Schweizer Kliniker beabsichtigen eine med. Zeitschrift herauszugeben, welche Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz bringen wird. Zum Redactionscomité gehören die Professoren und Docenten Kocher, Pflüger, Sahli, Courvoisier, Roux, Cérenville und Tavel.

— Dass die Choleraepidemie in Russland in rascher Abnahme begriffen ist, dafür sprechen die officiellen Berichte des Medicinaldepartements, nach welchen die Epidemie im Laufe des December-Monats in den Gouvernements Bessarabien, Wilna, Kiew, Lomsha, Mohilew, Smolensk, Ssuwalki, Ssedlez, Tiflis, Charkow, Chersson und Baku erloschen ist. Am grössten war die Zahl der Erkrankungen in den 20 Gouvernements, in denen die Cholera noch herrscht, im Gouv. Radom, wo vom 19.—25. December 108 Erkrankungen und 22 Todesfälle vorkamen. Dann folgt die Stadt St. Petersburg mit 71 Erkrankungen und 30 Todesfällen vom 31. December bis 5 Januar, doch ist auch hier eine Abnahme bemerkbar, da der Bestand der Cholerakranken in den Hos-

pitälern in der Zeit von 1. bis 12. Januar von 85 auf 66 gesunken ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Januar d. J. 6271 (267 mehr als in der Vorwoche), darunter 228 Typhus — (17 mehr), 678 Syphilis — (24 mehr), 48 Scharlach (9 wen.), 22 Diphtherie — (6 mehr), 79 Masern — (10 wenig.), 25 Pocken — (5 mehr) und 80 Cholerakranke — (38 weniger).

Vacanzen.

1) An der Gouvernements-Irrenanstalt in Pensa ist die Stelle eines dritten Ordinators erledigt, welcher gemeinschaftlich mit den bereits vorhandenen zwei Aerzten die Anstalt mit 300 Kranken zu besorgen hat. Gehalt 600 Rbl. jährlich und 400 R. Quartiergeld (oder freie Wohnung). Die Meldung unter Beifügung der nöthigen Auskünfte über die bisherige praktische und literärische Thätigkeit wird bis zum 1. Februar c. erbeten bei der «Пензенская Губернская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Kotelnitsch (Gouv. Wjatka). Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Котельническая Земская Управа».

3) Es wird ein Arzt für einen med. Bezirk im Kreise Nowochopersk (Gouv. Woronesh) und zur Leitung eines Dorfkrankenhauses von 10 Betten gesucht. Gute Kenntnisse in der Chirurgie erforderlich. Gehalt 1500 R. jährl. Adresse: «Новохоперская Земкая Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Dec. 1893 bis 1. Jan. 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																	
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
327	297	669	120	41	90	19	9	28	67	78	55	51	64	32	12	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 14, Diphtherie 10, Croup 7, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 59, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 28 Krankheiten des Verdauungscanals 67, Todtgeborene 25.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. Januar.**

✦ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. Februar.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau Hasenfuss, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau A. Wiander, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
M. Winkler, Соляной пер д. 4. кв. 11.
Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.

Dieser № liegt ein Prospect von Ferd. Enke in Stuttgart über «Bibliothek des Arztes» zur gefl. Beachtung bei.

Дозв. ценз. Спб. 14 Января 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, 22. Januar (3. Februar) **1894**

Ueber die Pellagra in Russland.

Von

Dr. H. v. Rosen.

Ciutulesti (Bessarabien).

Die nachstehenden Ausführungen können zwar nur den Collegen, die im äussersten Südwesten des Reiches thätig sind, ein praktisches Interesse bieten, doch glaube ich, dass das allgemein wissenschaftliche Interesse an der Pellagra gross genug sein dürfte, um einige Mittheilungen über dieses Leiden im vorliegenden Blatte gerechtfertigt erscheinen zu lassen; umsomehr, als ich mich davon überzeugt habe, dass den meisten Aerzten in Russland über das Vorkommen dieser schweren Erkrankung innerhalb der Grenzen des russischen Reiches nichts bekannt ist.

Die Pellagra, die im Volke für eine selbständige, specifische Hautkrankheit gehalten wird und in Italien unter dem Namen «pella rosa», in Spanien als «mal de la rosa», auch im Süden des deutschen Sprachgebiets als «Lombardischer Aussatz» oder «Mailändische Rose» von Alters her bekannt ist, wurde zuerst von Balardini, Costallat und Andern als eine durch den Genuss verdorbenen Maismehls hervorgerufene chronische Intoxication aufgefasst. Das ätiologische Moment suchten die genannten Autoren in einem pflanzlichen Parasiten (Reticularia ustilago, L, Ustilago segetum, Dittmar), dessen Sporen sich in beträchtlicher Menge dem Maismehle beimengen, während von anderer Seite (Tardieu, Bouchardat, Gintrac) geltend gemacht wurde, dass der genannte Parasit nicht allein die in Frankreich unter dem Namen «verdet», in Italien als «verderame» allgemein bekannte Erkrankung der Maisfrucht erzeugt, sondern auch andre Getreidesorten befällt, ohne jedoch im menschlichen Organismus pellagröse Störungen nach sich zu ziehen. Neuerdings wird das Leiden wohl ziemlich allgemein auf einen in Folge von Gährungsvorgängen im Maismehl sich bildenden toxischen Stoff zurückgeführt. Den ungünstigen hygienischen Verhältnissen, die von einigen französischen Autoren als wichtiges prädisponirendes Moment betont werden, kommt hier wohl nur eine untergeordnete Rolle zu, da die Krankheit ausschliesslich Landbewohner betrifft. Jedenfalls erscheint der Zusammenhang des Leidens mit dem Genuss verdorbenen Maismehls unzweifelhaft; doch will ich nicht unerwähnt lassen, dass in Rumänien, wie ich mündlichen Mittheilungen des Dr. Tausig in Jassy entnehme, dieser Zusammenhang hie und da auch in Abrede gestellt wird, wenn auch dieser Zweifel seinen Weg in die einschlägige Literatur bisher noch nicht gefunden hat. Als feststehend ist anzusehn, dass die Krankheit nur in solchen Gegenden vorkommt, in denen Mais gebaut und in mehr oder weniger ausschliesslicher Weise als Nahrungsmittel verwendet wird. Auch in einem sporadischen Fall von Pellagra, der 1886 von J. Dornig[1]) beschrieben wurde, liess sich das Leiden auf Ernährung mit verdorbenem Mais zurückführen. — In Bezug auf die geographische Verbreitung der Pellagra wird von italienischen und französischen Autoren angegeben, dass die Krankheit nur in Italien, Südfrankreich und Spanien vorkommt, besonders in der Gegend von Mailand, in Piemont, im Département des Landes, in einigen französischen Cantons am Nordabhange der Pyrenäen und in der spanischen Provinz Asturien. Diese Angaben müssen zunächst dahin erweitert werden, dass in Oesterreich-Ungarn, welches mehr Mais producirt, als Italien und Frankreich zusammen, die Krankheit in den östlichen Theilen der Monarchie, besonders in Siebenbürgen und der Bukowina, ziemlich verbreitet ist. Ueber das Vorkommen der Pellagra in der Bukowina berichtet Kluczenko[2]) an der Hand von 12 Fällen, in denen ebenfalls der Genuss verdorbener Maisfrucht als ursächliches Moment festgestellt werden konnte. Ueber das Vorkommen der Pellagra in Nordamerika, das in Bezug auf Maisproduction die erste Stelle einnimmt, scheint nichts bekannt zu sein. Auch

[1]) Monatshefte f. Dermatol. 1886. 7.
[2]) Wiener klin. Wochenschr. 1889. 3.



«die Völker da hinten weit in der Türkei», welche die Aufmerksamkeit nur dann auf sich lenken, wenn sie «auf einander losschlagen», werden in der einschlägigen Literatur nicht berücksichtigt. In dieser Hinsicht muss hervorgehoben werden, dass die Pellagra in Rumänien ganz besonders verbreitet ist; in den alljährlich an die rumänische Regierung eingesandten Rechenschaftsberichten der kürzlich eingeführten Wanderambulatorien nimmt diese Krankheit einen hervorragenden Platz ein. In dem an Rumänien grenzenden Theile Russlands, in Bessarabien, ist die Pellagra gleichfalls sehr verbreitet; sporadische Fälle, die mitunter in Podolien und im Chersson'schen Gouvernement zur Beobachtung gelangen, dürften ihrem Ursprunge nach meist wohl auf Bessarabien zurückzuführen sein. In der Krim, im Donischen Kosakengebiet und im Kaukasus kommt die Krankheit gar nicht vor, obgleich in diesen Gebieten, besonders im Kaukasus, Maisbau in recht bedeutendem Umfange betrieben wird.

Was die Verbreitung der Pellagra innerhalb Bessarabiens betrifft, so steht dieselbe in einem directen Zusammenhange mit den ethnographischen Verhältnissen dieses Landstriches. Im mittleren Theil des Gouvernements, den vier Kreisen Soroki, Belzy, Orgejew und Kischinew, mit einer fast ausschliesslich rumänischen Landbevölkerung, ist die Pellagra sehr verbreitet; im nördlichen und südöstlichen Theil, dem Akkerman'schen und Bender'schen Kreise, mit einer aus verschiedenen Nationalitäten bunt zusammengewürfelten Bevölkerung, unter der die Rumänen relativ schwach vertreten sind, wird die Krankheit seltener beobachtet, während sie im südlichen Theil, dem Chotin'schen Kreise, dessen Bevölkerung vorwiegend aus Kleinrussen und Juden besteht, gar nicht vorkommt. Der Bezirk, in dem die Pellagra endemisch ist, deckt sich also ungefähr mit dem Verbreitungsgebiet der rumänischen Nationalität, was in der Lebensweise der rumänischen Landbevölkerung seine genügende Erklärung findet. Während von der kleinrussischen Bevölkerung hauptsächlich Roggenbrod, Kohl und Gurken als Nahrungsmittel bevorzugt werden, nährt sich der ärmere Theil der rumänischen Landbevölkerung fast ausschliesslich von Mamaliga, dem Maisbrei, welche beliebte rumänische Nationalspeise auch bei dem wohlhabenderen Theil der bäuerlichen Bevölkerung den wesentlichsten Bestandtheil der täglichen Nahrung bildet. Es muss hier hervorgehoben werden, dass selbst die ärmsten rumänischen Bauern sich immerhin noch unter günstigeren hygienischen Verhältnissen befinden, als die nomadisirende kleinrussische Arbeiterbevölkerung, deren höchst ungünstige Lebensbedingungen 1893 von einem Landschaftsarzt im Chersson'schen Gouvernement in sehr düsteren Farben geschildert wurden. Trotzdem ist die Pellagra unter den Kleinrussen sehr selten; so waren z. B. unter 44 von mir im vorigen Sommer beobachteten Fällen 43 Rumänen und nur ein Kleinrusse. Alles von den Kleinrussen Gesagte gilt auch von den in Bessarabien stark vertretenen, in Bezug auf ihren Speisezettel bekanntlich sehr wenig wählerischen, vagirenden Zigeunern. — In den vier dem rumänischen Sprachgebiet entsprechenden Kreisen hat die Pellagra besonders im vorigen Jahre sehr bedenkliche Dimensionen angenommen, was wohl in erster Linie auf die schlechte Maisernte des Jahres 1892 zurückzuführen ist. Statistische Erhebungen über den Zusammenhang zwischen der grösseren oder geringeren Verbreitung der Pellagra und dem besseren oder schlechteren Ausfall der Maisernte haben hier zwar nie stattgefunden, doch gilt hier zu Lande ein solcher Zusammenhang sowohl bei Aerzten, als bei Laien als feststehend. Bis zu welchem Grade die Pellagra gegenwärtig hier verbreitet ist, geht daraus hervor, dass z. B. die 44 von mir beobachteten Fälle sämmtlich aus einem etwa 2 Quadratmeilen umfassenden Bezirke stammten. Davon waren 17 Männer, 24 Frauen und 3 Kinder. Die Anschauung Kluczenko's, dass fast ausschliesslich Männer erkranken, «weil die chemische Noxe in Alkohol (Schnaps) leicht extrahirbar sei», findet in diesen Zahlen keine Stütze.

Die Symptome der Pellagra äussern sich in einer Erkrankung der äusseren Haut an den unbedeckten Körperstellen, schweren Verdauungsstörungen, besonders chronischen Diarrhöen, mehr oder weniger schweren Erscheinungen von Hirnanämie, Störungen im Centralnervensystem und Marasmus, der schliesslich unter kachectischen Oedemen zum Tode führt. Die pellagröse Dermatitis tritt stets im Frühling auf, in Bessarabien etwa um die Mitte des April, wenn die Wirkung der Sonnenstrahlen anfängt intensiv zu werden, es bildet sich ein glänzend rothes Erythem, zunächst am Handrücken und der unteren äusseren Fläche des Vorderarmes, ebenso auch am Fussrücken, wenn die Patienten barfuss gehen, was bei dem ärmeren Theil der bessarabischen Bevölkerung den grössten Theil des Jahres hindurch der Fall zu sein pflegt. In allen schwereren Fällen zeigt sich die Affection auch am Nacken und im Gesicht besonders auf dem Nasenrücken und den unteren Orbitalrändern. Dieses Erythem nimmt unter kleienförmiger oder lamellöser Abschuppung allmählich eine lividbräunliche Färbung an und bildet sich im Herbst wieder zurück, um jedoch im nächsten Frühjahr mit erneuter Heftigkeit wieder aufzutreten. Häufig ist das Auftreten von eczematösen Processen im Bereich der erkrankten Hautpartie, auch furunculöse und bullöse Efflorescenzen beobachtete ich einige Male. Gleichzeitig mit der Hautaffection, zuweilen auch schon früher, treten die gastrischen Beschwerden auf, die bald zu hartnäckigen chronischen Diarrhöen führen; die diarrhoischen Entleerungen enthalten sehr häufig Blut in ziemlich bedeutender Menge. Ich muss hier einschalten, dass ich in Bessarabien in einer auffallend grossen Zahl von Fällen, die keine sonstigen pellagrösen Symptome aufwiesen, bei Männern, Frauen und Kindern blutige Diarrhöen beobachtet habe; ob diese blutigen Stühle auf die verdorbene Maisnahrung zurückzuführen bezw. als beginnende Pellagra aufzufassen sind, wage ich nicht zu entscheiden. Ausser den Verdauungsstörungen klagen fast alle Patienten über Schmerzhaftigkeit der Zunge und der Mundschleimhaut, während die Lippen häufig mit Schrunden und Borken bedeckt sind. Diese Erscheinungen sind von einigen französischen Autoren als «stomatite pellagreuse» bezeichnet worden, wie mir scheint, sehr mit Unrecht, da es sich hier, soweit meine Beobachtungen reichen, lediglich um anämische und atrophische Processe handelt. Dr. Tausig in Jassy theilte mir mit, dass er mehrfach Leberabscesse bei Pellagrösen beobachtet habe, doch dürfte hierbei die in Rumänien bekanntlich recht bösartig auftretende Malaria vielleicht mit in Frage kommen. Die Erscheinungen der Hirnanämie manifestiren sich anfangs als heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel und zeitweise rauschartiges Betäubtsein. Diese immer erst im zweiten oder dritten Jahre auftretenden Störungen führen weiter zu allgemeiner Körperschwäche, oft zu ausgesprochenen Paresen der unteren Extremitäten (paralysie pellagreuse), zuweilen auch zu epileptiformen Krämpfen. Die Alteration der Psyche beginnt mit auffälliger Gedächtnissschwäche; so klagte mir ein 50-jähriger Patient, dass er das Vaterunser, das er sein Lebenlang gebetet habe, total vergessen habe und führte diese Erscheinung selbst auf seine Krankheit zurück. Weiter kommt es zu melancholischen Depressionszuständen, die den Patienten zuweilen zum Selbstmorde veranlassen, bis sich die «folie pellagreuse», eine progressive Abnahme aller geistigen Fähigkeiten entwickelt, die, wenn der Patient nicht schon früher an Kachexie zu Grunde gegangen war, unter dem Bilde der Dementia paralytica den Tod herbeiführt. Charakteristisch für diese Psychosen ist, dass das Krankheitsbewusstsein relativ lange erhalten bleibt.

In der, beiläufig bemerkt, stets überfüllten Abtheilung für Geisteskranke im Landschaftshospital zu Kischinew befinden sich gegenwärtig viele pellagröse Psychosen. Einer Veröffentlichung über diese interessante Materie von dem Leiter der genannten Abthëilung, Dr. Kosakowski, dürfen wir wohl in nächster Zeit entgegensehen. — Unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse auf diesem Gebiete sind zur Zeit noch ziemlich dürftige, obgleich schon 1834 von Brierre de Boismont einige Nekropsien ausgeführt wurden. Letzterer fand ausser Alterationen der Mucosa, des Intestinaltractus und der Hirn- und Rückenmarkshüllen auch Erweichung der weissen Substanz des Rückenmarks. — Die Diagnose macht im Allgemeinen keine Schwierigkeiten, doch kann, wie es in Frankreich oft genug vorgekommen ist, ein einfaches Erythema solare, das sich zufällig mit einer chronischen Diarrhoe combinirt, leicht mit beginnender Pellagra verwechselt werden; ich glaube, dass auf die eben geschilderten, charakteristischen Erscheinungen von Seiten der Mundhöhle, die fast nie fehlen, in diagnostischer Beziehung besonderes Gewicht gelegt werden muss. — Die Prognose ist im Allgemeinen eine recht traurige; wenn auch im Beginn in einzelnen Fällen durch zweckentsprechende Aenderung der Lebensweise Heilung erzielt werden kann, so bringen es doch die socialen Verhältnisse der Erkrankten mit sich. dass in einer grossen Zahl von Fällen in etwa 5—10 Jahren der Exitus letalis eintritt.

Was die Therapie anbelangt, so ist es a priori klar, dass dieselbe wesentlich eine diätetische sein muss und vor Allem in einer roborirenden, eiweissreichen Nahrung, einer mehr oder weniger ausschliesslichen Fleisch- und Milchdiät zu bestehen hat. Die Erfolge eines solchen Regimes sind denn auch in der That in Fällen, die sich noch in keinem sehr vorgeschrittenen Stadium befinden, recht erfreuliche. Was die medicamentöse Behandlung betrifft, so werden die Salzsäure, Tc. Chin. comp. und andere Stomachica innerlich, Carbolsalbe oder Borvaselin äusserlich von den bessarabischen Aerzten besonders bevorzugt.

Von anderer Seite werden Eisen und Arsen besonders empfohlen. Von dem Gesichtspunkte einer direct gegen das Toxin gerichteten Therapie ausgehend, wurden, wie ich einer Mittheilung des Prof. Dr. Russ in Jassy entnehme, in den Krankenhäusern von Bukarest und Jassy einige Zeit hindurch Versuche mit dem Salol in grossen Dosen angestellt, die jedoch kein Resultat hatten.

Therapie und Prophylaxe haben hier dieser Krankheit gegenüber mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen, da einerseits die Ernährung mit Maisbrei eine tief eingewurzelte nationale Gewohnheit ist, andrerseits die Erkrankungen den ärmsten Theil der Bevölkerung betreffen; «N'am vaca, n'am lapte a casa» («Ich habe keine Kuh und keine Milch im Hause») lautet in Bessarabien die ständige Antwort der Patienten auf diesbezügliche Fragen. Dazu kommt noch, dass gerade zu einer Zeit, wo die Pellagra zu exacerbiren pflegt, durch die griechisch-katholischen Fasten der Milchgenuss ausgeschlossen ist. Um so ernstere Beachtung verdient eine Krankheit, die mit ihren schweren Folgezuständen, besonders in Misswachsjahren, in verhängnissvoller Weise die Volksgesundheit gefährden kann.

Referate.

Prof. C. Garré-Tübingen: Ueber besondere Formen und Folgezustände der acuten infectiösen Osteomyelitis. (Beitrg. z. klin. Chirurg. X. 2 p. 241).

«Die Mehrzahl der acuten Knochenentzündungen wird durch Staphylokokken verursacht, ausnahmsweise wurden auch Streptokokken, Typhusbacillen und Pneumokokken gefunden». «Ferner ist es dargethan, dass rein tuberkulöse Knochenerkrankungen zur Eiterung führen ohne Betheiligung der genannten pyogenen Mikroorganismen». «Daraus geht das Resultat hervor, die ostitischen Processe, bei denen sich Eiterkokken finden, der acuten Osteomyelitis, solche mit Tuberkelbacillen, oder was rascher zu constatiren ist, ohne Eiterkokken, der chronisch tuberkulösen Knochenentzündung beizuzählen». «In klinischem Sinne ist damit ein einheitlicher Gesichtspunkt gewonnen, nach welchem die Abgrenzung der Fälle möglich wird». «Es gehen somit neben dem typischen Symptomenbild der primären acuten Osteomyelitis auch atypische Formen einher, die in ihren Erscheinungen bald mehr der tuberkulösen, bald mehr der syphilitischen Ostitis sich nähern». «Zwar ist es früheren Forschern nicht verborgen geblieben, das die spontane Osteomyelitis ausnahmsweise einen atypischen Verlauf nimmt, doch hat man diese interessanten abweichenden Erscheinungen nur nebenbei erwähnt, ohne sie eingehender zu schildern, um unabhängig von bakteriologischen Hilfsmitteln auch in klinischer Beziehung ihnen einen festen Platz anzuweisen».

Verf. bespricht nun in Folgendem die ausgewählten seltenen Erscheinungsformen und Complicationen unter Zugrundelegung des reichen Materiales von über 500 klinischen Beobachtungen der Tübinger chirurgischen Klinik.

In besonderen Abschnitten und unter Berücksichtigung der Literatur werden nun folgende Formen besprochen und die dazugehörigen Krankengeschichten in klinischer und bakteriologischer Hinsicht epikritisch beleuchtet.

1. Die sogen. Periostitis albuminosa, eine seltene Affection, die Verf. auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen (4 Fälle) zur acuten Osteomyelitis zu zählen sich für berechtigt hält; wenngleich hierher auch zweifellose Fälle mitzählen, bei denen die klinische Uebereinstimmung mit der acuten Osteomyelitis durchaus nicht so klar und prägnant ist, als dass nicht eine abweichende Auffassung ebenfalls berechtigt wäre, wenn eben die bakteriologische Untersuchung fehlt.

2. Die subacute Form, die sich in Bildung von Eiter, langsam sich vorbereitendem Durchbruch und in typischer Sequestration der Knochen (meist an d. Diaphyse) kennzeichnet, steht der tuberculösen Ostitis sehr nahe, ist unter Umständen schwer von ihr abzutrennen, vor allem in denjenigen Fällen, wo die infectiöse Osteomyelitis in den Gelenkenden sich localisirt, also an Stellen, die von der Tuberkulose bevorzugt sind oder umgekehrt, da wo die Tuberkulose ausnahmsweise in der Diaphyse der langen Röhrenknochen ihren Sitz hat. Ihr subacuter Verlauf mag der abgeschwächten Virulenz der Entzündungserreger zuzuschreiben sein. Es bleibt jedoch auffällig, dass bei multipler Localisation der Osteomyelitis bei demselben Individuum zu gleicher Zeit die acute Form neben der subacuten sich entwickeln kann. (2 Fälle).

3. Die sklerosirende nicht eitrige Form, ähnlich der Periostitis syphilitica. Verf. bezeichnet mit dieser Benennung diejenigen infectiösen Osteomyelitiden, die einzig eine Auftreibung und Verdickung des Knochens hinterlassen, ohne dass es zu einer Eiterung oder Fistelbildung gekommen ist. (1 referirter und 2 von Verf. beobachtete Fälle.) Die richtige Diagnose wird schwierig. sobald sich die sklerosirende Form allein und zwar subacut entwickelt und wäre hier der Gedanke einer Ostitis oder Periostitis syphilitica gerechtfertigt. Nicht unerwähnt darf bleiben, dass osteomyelitische Erkrankungen, die anfangs völlig der sklerosirenden nicht eitrigen Form ähnlich sehen, erst nach Monaten und Jahren, wo die acuten Erscheinungen völlig abgelaufen sind, unerwartet zum Aufbruch und zur Fistelbildung kommen (2 prägnante Beobachtungen). Die Frage, ob bei der sklerosirenden Form es zur Bildung eines Sequesters kommt, beantwortet Verf. mit der Annahme, dass es mehr als wahrscheinlich ist, dass auch in den Fällen, die niemals zur Eiterung führen, ursprünglich ein Sequester vorhanden war, denn bei einem centralen Sequester ist die Möglichkeit einer langsamen Resorption bei fortschreitender Sklerose des Knochengewebes in der Umgebung eher gegeben, als bei einem corticalen.

4. Der Knochenabscess, eine der seltensten Ausgangsformen der acuten Osteomyelitis, unter hunderten von Beobachtungen der Tübinger Klinik intra vitam kein einziger Fall diagnosticirt. Verf. hat am Leichenmaterial seine Beobachtung gemacht und berichtet über einen äusserst interessanten Fall, wo die eine Tibia eine hochgradig ausgeprägte sklerosirende Ostitis und die enorme Verlängerung von 9 Cm. aufweist; gleichzeitig finden sich 3 kleine Abscesse in der Markhöhle, die Verf. für den ganzen Process, namentlich für das enorme Längenwachsthum verantwortlich macht. — Die anamnestischen Daten geben an, dass der Patient 10 Jahre vor seinem Tode acut mit heftigen Schmerzen und entzündlichen Erscheinungen am Unterschenkel erkrankt war.

5. Die recidivirende Osteomyelitis (Volkmann), gewöhnlich in einem Alter auftretend, in dem die primäre infectiöse Osteomyelitis schon selten vorkommt. Sie ist in genetischer Beziehung noch nicht klargestellt, scheint als Recidiv im engeren Sinne bezeichnet werden zu müssen.

6. Die primäre Osteomyelitis der Erwachsenen; eine seltene Beobachtung, bei der sich der Verlauf ausserordentlich schwer gestaltete.

7. Die multiple Osteomyelitis kommt nach statistischer Berechnung in ¹/₅ der Fälle vor. In der Mehrzahl tritt die Localisation der Erkrankung an zwei Stellen auf, während schon drei Herde seltener, vier und fünf Herde hingegen geradezu den Seltenheiten beizuzählen sind. — Nur selten setzte der Process an allen Stellen gleichzeitig ein, meist kamen nach Tagen und Wochen nach Auftritt der Erkrankung Nachschübe, die andere Theile des Skelettes in Angriff nahmen. Diese Nachschübe erklären sich nun derart, dass entweder von der Eingangspforte zu wiederholten Malen ein Einbruch in das Gefässsystem stattgefunden hat, oder aber, dass vom ersten Knochenheerd aus, wo sich der Infectionsstoff vermehrt hat, eine Reinfection des Blutes zu Stande gekommen ist. Verf. glaubt ausserdem noch auf eine dritte Möglichkeit hinweisen zu müssen. — Ausgehend davon, dass in der zeitlichen Entwickelung der einzelnen Herde grosse Unterschiede bestehen, dass ferner die anamnestischen Daten beim Beginn der Erkrankung Schmerzen an den verschiedensten Stellen des Knochensystemes melden, die sich im Verlauf des acuten Stadiums wieder verlieren, glaubt Verf. nicht fehl zu gehen, wenn er für diese Erscheinungen eine einzige Ablagerung der Osteomyelitiskokken annimmt, die von der «vis medicatrix naturae» in loco ertötet resp. latent erhalten werden, um in späterer Zeit doch noch zum Wachsthum und Umsichgreifen zu gelangen, bedingt durch Momente, die vor allem in dem Allgemeinzustand des Körpers zu suchen sind, z. B. in der Herabsetzung der Reactionskraft der Gewebe durch andauerndes septisches Fieber.

8. Die Erkrankung der Epiphysen bedingt recht häufig Gelenkcomplicationen und zeigt eine grosse Anlehnung an das Symptombild der Tuberculose. Am häufigsten findet man den Sitz der acuten Osteomyelitis in der Kniegelenksgegend, seltener in den Epiphysen der oberen Extremitäten. Als Folgezustand einer Epiphysenerkrankung wäre die Luxatio spontanea zu nennen, die sich eng an die Epiphysenlösung anschliesst.

9. Die Epiphysenlösung gehört zu den Erscheinungen, die recht oft eine Vereiterung des benachbarten Gelenkes nach sich ziehen. Diese Complication ist ausser auf die Intensität und Extensität des Entzündungsprocesses vor allem auf das anatomische Verhältniss der Gelenkkapsel zur Epiphyse zurückzuführen. An der Hüfte ist, in Anbetracht des Umstandes, dass die Epiphyse intracapsulär gelegen ist, die Gelenkvereiterung Regel. Was die multiple Epiphysenlösung anlangt, so sind es meist schwere und nicht häufige Erkrankungen. Verf. referirt 2 Fälle, von denen der eine zur Autopsie kam. Als Folgezustände der Epiphysenlösung ist so manches zu befürchten: die Wiederanheilung bleibt aus, die Epiphyse kann nekrotisiren und als Sequester ausgestossen werden, oder die Anheilung erfolgt mit Verschiebung, woraus difforme Gelenkstellungen resultiren, oder endlich sind Wachsthumsdifferenzen zu notiren, die schwere Störungen bedingen.

10. Die Spontanfractur ist eine spätere Complication als die Epiphysenlösung, die vor der VI. Woche selten gesehen wird. Sie kommt zu Stande durch den Demarcationsprocess, der je nach der Dicke des Knochens kürzere oder längere Zeit in Anspruch nimmt. Nach Bruns unterscheidet man solche Fracturen, die in der Demarcationsperiode und im Demarcationsgebiet zu Stande kommen, ferner die seltenen Sequesterfracturen und endlich den Bruch der Todtenlade. Am häufigsten wird das Femur betroffen, dann folgt die Tibia und in letzter Linie der Humerus.

Der Garré'schen Arbeit sind zwei sehr instructive Tafeln beigegeben, von denen die eine einen Fall von multiplen Knochenabscessen der Tibia darstellt, die andere eine partielle Epiphysenlösung der Tibia mit grossem Diaphysensequester in beginnender Demarcation.

Die sehr ausführliche Arbeit bildet einen weiteren Grundstein in der Erforschung der sich so mannigfaltig gestaltenden primären Osteomyelitis. Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Max Bartels: Die Medicin der Naturvölker. Ethnologische Beiträge zur Urgeschichte der Medicin. Mit 175 Original-Holzschnitten im Text. Leipzig. Th. Grieben's Verlag (L. Fernau) 1893.

Das Studium der Geschichte der Medicin ist erst in neuester Zeit in seiner vollen Wichtigkeit erkannt worden. Zahlreiche Aerzte und Forscher haben sich diesem Gebiet gewidmet, und fast auf allen Hochschulen finden wir jetzt besondere Lehrkräfte für dieses äusserst wichtige Fach vertreten. Es ist aber in letzter Zeit noch weiter erkannt worden, dass die Medicin auch ihre Vorgeschichte besitzt, von der uns keine geschriebenen Documente vorliegen können. Diese Urgeschichte der Medicin ist bis jetzt noch sehr wenig gefördert worden, einfach aus dem Grunde, weil das nöthige Material hierfür schwer zu schaffen ist. Verf. hat sich nun der [illegible] unterzogen auf Grund ethnologischer Studien uns ein Bild von der Urgeschichte der Medicin zu entwerfen. Er führt uns die Auffassungen niederer Volksstämme von dem Wesen und von den Ursachen der Krankheiten vor, schildert ihre medicinischen Begriffe und Kenntnisse, die verschiedenen Heilverfahren, wie sie jetzt bei den Naturvölkern noch üblich sind. Alle diese primitiven Anschauungen der Naturvölker müssen für die Erkenntniss der Urgeschichte der Medicin von grösster Wichtigkeit sein. Es ist uns leider an dieser Stelle nicht möglich, den reichhaltigen Inhalt dieses Werkes, wenn auch nur andeutungsweise, wiederzugeben. Es sei hier nur hervorgehoben, dass die bei manchen Naturvölkern Australien's und Amerika's üblichen Behandlungsmethoden vielfach an die Thätigkeit der Kurpfuscher unserer Landbevölkerung erinnern. Eine hervorragende Rolle spielen auch bei den verschiedenen Völkerstämmen die Beschwörungen und Besprechungen und, was den Neuropathologen wohl interessiren dürfte, die Suggestion und der Hypnotismus. Ein ziemlich umfangreicher Abschnitt des Werkes ist der Beschreibung der socialen Stellung der sogenannten Medicin-Männer, die fast bei allen Naturvölkern in hohen Ehren stehen, gewidmet; ebenso ausführlich sind die Capitel über Gesundheitspflege und über Krankenbehandlung bearbeitet worden. Die schönen Abbildungen und das beigefügte Literaturverzeichniss erhöhen noch den Werth dieses prächtigen Werkes, dessen Studium wohl jedem Arzte anempfohlen werden kann. Abelmann.

Dr. C. Förster's medicinischer Taschenkalender für praktische Aerzte 1894. Herausgegeben von Dr. Alb. Behr. Riga, Verl. v. Jonck & Poliewsky.

Der Jahrgang 1894 des von Dr. Förster im Jahre 1889 begründeten und fünf Jahre hindurch von ihm herausgegebenen einzigen deutschen medicinischen Taschenkalenders in Russland ist nach dem Tode des Begründers von Dr. Albert Behr neu bearbeitet worden und in wesentlich veränderter Gestalt, wenn auch in enger Anlehnung an die früheren Jahrgänge, erschienen. Es ist das Format kleiner geworden und der Abschnitt «Therapie der häufig vorkommenden Krankheiten», welcher im vorigen Jahrgange 47 Seiten einnahm, durch kurz gefasste «neue Verordnungen und Recepte» bei wichtigeren Krankheiten ersetzt worden. Es hat der Kalender dadurch eine handlichere Form und ein mässigeres Volumen erhalten. Neu hinzugekommen sind eine «Uebersicht über die wichtigsten thierischen Parasiten des Menschen» mit einer Tafel Abbildungen und kurzer Anleitung zur Behandlung der mit Darmparasiten Behafteten, sowie eine «Anleitung zum Nachweis der Bacterien». Das Verzeichniss der Aerzte Riga's ist bedeutend vervollständigt und ein Verzeichniss der Krankenanstalten Riga's hinzugefügt worden. Unserer Ansicht nach wäre es zweckmässig, künftig im Kalender ein vollständiges Verzeichniss der Aerzte Liv-, Est- und Kurlands (wenigstens der städtischen) zu bringen.

Druck und Ausstattung lassen nichts zu wünschen übrig. Wir sind überzeugt, dass die veränderte Gestalt und die neue Bearbeitung des Kalenders dazu beitragen werden, die Zahl der Freunde desselben zu vermehren. Bernhoff.

Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Dritte Sitzung.

Donnerstag den 2. September 1893. 9 Uhr Morgens.

1. Der Praeses Herr Dr. Truhart theilt mit, dass Herr Dr. J. Meyer-Dorpat eine grössere Anzahl des von ihm herausgegebenen Hebammen-Kalenders zur Einsichtnahme ausgelegt habe, und knüpft daran die Bitte für die möglichst weite Verbreitung desselben Sorge zu tragen. Um eine solche zu erleichtern, sei es wünschenswerth, dass der Preis des Kalenders ein möglichst geringer sei, und proponirt, die Gesellschaft möge eine Subsidie zur Drucklegung dieses Kalenders bewilligen. Die Gesellschaft bewilligt zu solchem Zweck hundert Rubel.

2. Herr Dr. R. v. Gernet verliest seinen Vortrag: **«Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen».**

Vortragender weist darauf hin, dass in der Frage über die Ursachen des Kropfes die Boden- und Trinkwassertheorie die allgemeine Anerkennung der medicinischen Welt gefunden habe; man habe früher dem Gehalt an Metallen, Salzen und Säuren des Trinkwassers einerseits, dem Mangel an gewissen anorga-



nischen Verbindungen andererseits die Schuld gegeben; **Kocher** in Bern beschuldige in neuerer Zeit Mikroorganismen als Urheber des Kropfes. wenn auch bis jetzt specielle nicht gefunden seien. Solche Erkenntniss gebe eine sicherere Handhabe im Kampfe gegen den Kropf als früher.

Während in anderen Ländern die Kropf- und Myxoedem-Commission ihre segensreiche sanitäre Arbeit schon entfaltet habe, wäre bei uns zu Lande in dieser Hinsicht noch nichts geschehen. Daher habe Vortr. in Gemeinschaft mit Herrn W. Zoege von Manteuffel Nachforschungen angestellt, um den Verhältnissen in Est- und Livland näher zu treten. Ein Fünftel der Herrn Collegen Est- und Livlands hätten Antworten auf die an sie gerichteten Fragen ertheilt; dennoch sei manch' interessantes Resultat aus diesen Zahlen festzustellen.

Die geringe Zahl der eingegangenen Meldungen habe zum Theil in der Eigenschaft der in diesen Provinzen beobachteten Kröpfe selbst ihren Grund. Während in einigen Kropfgegenden anderer Länder die Kröpfe einen exquisit progressiven Charakter haben und staunenerregend grosse Tumoren hervorbringen, so seien hier nur kleinere Tumoren beobachtet worden, die sich leicht hinter Kragen. Halstüchern oder Haubenbändern verstecken liessen und sich nicht zur Operation stellten. In anderen Gegenden zwinge die maligne Degeneration der Tumoren (die sarcomatöse und carcinomatöse) die Patienten sich an den Arzt zu wenden und komme so zur Beobachtung. Vortragender habe bei uns zu Lande keinen Fall von malignem Tumor der Thyreoidea gesehen; auch sei kein einziger Fall derart von den Collegen gemeldet worden. In noch anderen Gegenden seien die Folgezustände des oft schon geschwundenen Kropfes — das Myxoedem und der Cretinismus — öfter beobachtet worden: hier seien in der Umgegend von Dorpat 2–3 Fälle von Myxoedem beobachtet worden und ihrer Zeit in den Kliniken demonstrirt worden; einen weiteren Fall habe Vortragender in Behandlung gehabt; von strumösem Cretinismus sei nur ein Fall gemeldet worden; Vortr. selbst habe keinen Fall gesehen. Somit fielen auch diese Fälle für unsere Provinzen fort und seien es selten andere als rein kosmetische Gründe oder die Furcht vor weiterem Wachsthum, die die Patienten zum Arzt trieben. In einer grossen Anzahl der Fälle sei der Kropf ein zufälliger Befund bei der Untersuchung auf andere Leiden.

Die in Est- und Livland beobachteten Kröpfe zeigten eine auffallend langsame Wachsthumsenergie; der Beginn falle meist in die Zeit der Pubertät oder die erste Schwangerschaft und werde der Kropf bei hoch betagten Trägerinnen immer noch in mässiger Grösse gefunden. Herr Dr. W. Zoege von Manteuffel und Vortragender hätten in den letzten zwei Jahren in 23 beobachteten Fällen 13 Mal mit Erfolg operirt; diese Zahlen ständen hinter denen anderer Forscher nicht wesentlich zurück und liessen den Gedanken nicht unberechtigt erscheinen, dass auch in unseren Provinzen der Kropf einen endemischen Charakter habe. Die absolute Zahl der in den Provinzen beobachteten Kröpfe habe sich durch die inscenirte Enquête freilich auch nicht einmal approximativ feststellen lassen. Die Stadt Riga sei ganz auszuschliessen, weil zu wenig Meldungen eingelaufen. Die im Ganzen bekannt gegebenen 249 Fälle liessen jedoch immerhin ein Bild constatiren, das freilich im Allgemeinen ein noch recht unklares sei, doch für einige Gegenden ein scharfes zu werden verspräche. Die meisten Fälle habe Dorpat zur Beobachtung gestellt; ob in Folge der genaueren Nachforschung durch eine grössere Anzahl von Collegen oder in Folge stärkeren Befallenseins. bleibe dahingestellt. Auf 1000 Menschen komme hier ein Strumöser, was freilich gegen Zahlen. wie sie die Sardinische Commission in Bozel gesammelt habe (61 pCt. der gesammten Bevölkerung) absolut nicht in Betracht käme. Es scheine jedoch gefolgert werden zu können, dass sich die Zahl der Strumösen auf 2–3 ‰ werde feststellen lassen, was dem Verhältnisse gewöhnlicher Kropfgegenden entsprechen würde. Eine Bestimmung von Kropfbrunnen in Dorpat sei nicht möglich gewesen, doch scheinen in der Jama-, Jacob- und Johannisstrasse solche zu existiren. Vom flachen Lande seien aus dem Werro'schen Kreise kein einziger Fall. aus dem Lemsal'schen Kreise und von der Insel Oesel nur vereinzelte Fälle gemeldet worden. Die anderen Kreise seien gleichmässig und schwach befallen. Vortr. nimmt als sicher an, dass im Lande einzelne Kropfheerde bestehen, wenn sie sich auch bisher nur annähernd bestimmen liessen. Im Schloss-Adsel'schen Kirchspiele seien die Brunnen des Chausseekruges und die in Grandsahl kropfig.

Für Estland sei das flache Land ganz auszuschliessen, da durch den Mangel an Landärzten eine Untersuchung unmöglich; die grösste Zahl der Kropfkranken, die aus Estland gemeldet. liefere Reval. Die Stadt beziehe ihr Wasser, einige Privatbrunnen ausgenommen, aus dem Karribrunnen und der städtischen Wasserleitung, die ihr Wasser aus dem oberen See bezöge; in einer grossen Anzahl der eingelaufenen Meldungen sei die Angabe gemacht worden, die Kropfkranken hätten ihr Trinkwasser der Wasserleitung entnommen; es scheine somit der obere See kropfig zu sein, wie es mit den Brunnen der Stadt stände sei nicht festzustellen, für Reval sei es jedoch eine verhältnissmässig leichte Arbeit, Klarheit in diese Verhältnisse zu bringen und wäre solches zu erstreben. Angesichts der glänzenden Erfolge, die in Bozel in Sardinien erzielt worden, wo von den 61 pCt. Kropfkranken — bei einer zweiten Enquête nur noch bei den Greisen Kröpfe gefunden wurden, nachdem der Ort durch eine nichtkropfige Quelle mit sicherem Trinkwasser versorgt worden war, wäre eine genauere Erforschung dieser Verhältnisse in unseren Provinzen geboten, da durch diese ersten Versuche in dieser Richtung als festgestellt zu betrachten sei dass der Kropf in unserem Lande endemisch auftrete. (Eine Discussion fand nicht statt).

3. Herr Dr. W. Greiffenhagen-Reval verliest seinen angekündigten Vortrag; **«Beiträge zur Nierenchirurgie»**. (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersburger med. Wochenschrift erscheinen).

Discussion:

a) Herr Dr. H. Westphalen-St. Petersburg fragt den Vortr., welche Erscheinungen seitens des Nervensystems und der Digestionsorgane bei den zwei von ihm referirten Fälle von Nierenfixation bestanden hätten und ob die Beschwerden namentlich von Seiten des Nervensystems eventuell durch die Operation einer Besserung entgegengeführt worden wären. Es kämen nicht selten Fälle von Wandernieren vor und seien fast stets mit schweren neurasthenischen Beschwerden combinirt; hier komme oft die Nierenfixation zur Sprache. Es sei jedoch hier zu entscheiden, ob in diesen Fällen das Nervensystem secundär in Folge der Zerrung der Splanchnicusendigungen durch die ptotischen Organe erkrankt sei, oder ob sich die Ptose der Unterleibsorgane in Folge eines primären Leidens des Nervensystems entwickelt habe und der Fettschwund und die ungenügende Ernährung als Folge dieses aufzufassen seien. Diese Frage und damit in Zusammenhang die weitere Frage, ob wegen schwerer neurasthenischer Beschwerden bei Wanderniere, die Niere fixirt werden solle, liessen sich durch den therapeutischen Erfolg der Nierenfixation in Bezug auf die nervösen Erscheinungen entscheiden.

b) Herr Dr. W. Greiffenhagen: In den 2 Fällen habe sich die allgemeine Neurose gebessert; auch Angaben von Tillmans und Anderer stimmten damit überein, dass nach Fixirung der beweglichen Nieren sich die nervösen Störungen des Allgemeinbefindens bessern resp. geschwunden seien. Der Grund dieser Thatsache sei noch unbekannt.

c) Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel hebt hervor, dass seiner Meinung nach die Nephrorhaphie nicht über den primären Sitz der nervösen Beschwerden, wie sie bei Wanderniere beobachtet wurden, Aufschluss geben könne, da die psychische Wirkung von der mechanischen Wirkung der gelungenen Operation nicht leicht zu trennen sei; daher könne man aus dem Gelingen der Nephrorhaphie und Beseitigung der Schmerzen nicht auf eine primär mechanische Ursache (Enteroptose) des ganzen Zustandes schliessen.

d) Herr Dr. A. v. Bergmann spricht über die Therapie bei Wandernieren und ist der Ansicht, dass in leichteren Fällen und bei nicht schwer arbeitenden Classen Bandagen immerhin zu versuchen wären; er habe in einer Anzahl von Fällen bei dieser Therapie günstige Resultate gesehen. Bei körperlich schwer arbeitenden Personen sei nicht zu lange mit der Operation zu warten. Selbst habe Vortr. nur einen Fall operirt, bei dem der Effect ein günstiger war, aber auffallend spät eintrat (3—4 Monate post operat.) jedoch ein anhaltender gewesen. Vortr. fragt, ob die beobachtete Psychose, die nach der einen Operation auftrat, nicht auf Jodoformintoxication zu beziehen sei?

e) Herr Dr. W. Greiffenhagen verneint die letzte Frage und hält eine Jodoformintoxication für ausgeschlossen, weil nur der erste Verband aus Jodoformgaze bestand und später nur sterilisirte Stoffe zum Verband benutzt worden seien. Ausserdem sei die Psychose erst 3 Monate nach der Operation aufgetreten.

f) Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel bemerkt, dass die Bandagen höchstens nur beim männlichen Geschlecht sich ihm dienstlich erwiesen hätten, bei Weibern aber nicht gut hätten fixirt werden können; hier sei daher die ungefährliche operative Fixation zu empfehlen.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz weist darauf hin, dass es Fälle gebe, in denen man trotz lebhaftester Klagen über durch die Niere verursachte Beschwerden diese letzteren unter einer tonisirenden Behandlung zurückgehen und schwinden sehe. Vortr. seien mehrere solche Fälle bekannt; eines speciellen erinnere er sich augenblicklich, der eine Pat. betraf, die sich und ihrem Kinde als Wittwe an der Nähmaschine ihr Brod erwerben musste und über die lebhaftesten Schmerzen klagte. Diese schwanden unter tonisirender Behandlung trotzdem dass die rechte Niere nach wie vor oft am Darmbein deutlich zu palpiren war. Welche Rolle die bewegliche Niere im ganzen Krankheitsbilde, das sich dem Beobachter praesentire, spiele, habe die Anamnese zu entscheiden!

4. Herr Dr. A. Selenkow — St. Petersburg verliest seinen Vortrag **«Zur Frage der operativen Behand-**



lung der **Pylorostenose**». (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

5. Herr Dr. H. Westphalen St. Petersburg giebt zu diesem Vortrag ein **Correferat** (es wird in extenso veröffentlicht werden.)

Eine Discussion über beide Vorträge fand nicht statt.

6. Herr Dr. A. v. Bergmann-Riga spricht «**Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen**» (Der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Woch. Nr. 51 1893 veröffentlicht worden.)

7. Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel giebt zu diesem Vortrage ein **Correferat** (dasselbe wird in extenso veröffentlicht werden).

In der Discussion betont Herr Dr. A. v. Bergmann dass Fränkel (Wien) empfohlen habe, den Defect bei Hirnresection durch eine Thiersch'sche Transplantation zu decken, um die Bildung einer Narbe zu umgehen; dieser Vorschlag scheine berücksichtigungswerth. Das absprechende Urtheil des Collegen Zoege über den Wagner'schen Hautknochenlappen theilt Redner nicht. Häufig werde man in der Lage sein, in grosser Ausdehnung das Hirn blosszulegen; da sei es doch zweifellos besser durch schützenden Knochen den grossen Defect zu decken: dieses Verfahren gebe ferner den Vortheil, dass man nicht zu längerer Tamponade gezwungen sei und dass man die Dura über dem Hirn zusammenlegen könne.

8. Herr Dr. F. Voss-Riga hält seinen angekündigten Vortrag «**Zur Diagnose und Therapie der Phlebitis sinuum durae matris**». Eine Krankheit, deren Diagnose absolut letal sei, könne das Interesse des praktischen Arztes nur bedingt in Anspruch nehmen. Erst wenn die Therapie soweit gelangt sei die Mortalität herabzusetzen, könne selbst eine seltene Krankheit des vollen Interesses des praktischen Arztes sicher sein.

Diesen Wandlungsprocess habe in den letzten Jahren die Phlebitis und Thrombose der Hirnsinus durchgemacht. Während in Bezug auf Symptomatologie und die Möglichkeit einer Diagnosenstellung die üblichen Handbücher noch bis vor Kurzem weit auseinander gingen, seien sie in einem Punkt alle einig. Ueberall werde die Prognose als fast absolut letal bezeichnet, dementsprechend sei das Kapitel über die Therapie bei ausgebrochener Krankheit einheitlich kurz und laute: Therapia nulla — oder: roborirende Behandlung: — Ein Versuch Zaufals in Prag (1880 und 1884) operativ vorzugehen ergab quoad vitam kein Resultat. Dass Z. trotz des ungünstigen Ausganges diesen quasi theoretischen Vorschlag für ähnliche Fälle aufrecht erhalten, sei ihm besonders hoch anzurechnen. 10 Jahre sei sein Vorschlag wohl hin und wieder erwähnt, aber nie nachgeahmt worden, bis endlich von englischen Chirurgen derselbe Weg eingeschlagen worden sei und zwar mit günstigem Erfolg.

Das Wesen der Erkrankung bestehe in der Einführung septischen Materials in die venösen Blutleiter des Schädels von einem primär erkrankten Punkte aus, — am häufigsten wohl vom Ohre aus. Trete nun durch den Blutstrom vermittelt eine Allgemeininfection unter dem Bilde der Pyaemie auf, so sei die Möglichkeit gegeben die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Als Beispiel hierfür führt Redner einen Fall an, wo zu einem acuten Ohrenleiden sich Schüttelfröste, blutiges Sputum, blutiger Harn und 3 schmerzhafte Gelenke hinzugesellt hatten. Die Diagnose wäre hier von dem Collegen schon gestellt worden, immerhin bliebe sie eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, wenn nicht als sicheres Zeichen eine sicht- oder fühlbare Thrombose des Sinus oder seines Abflusses hinzutrete. Wenn jedoch operirt werden solle, müsse die Diagnose schon vor Eintritt letzteren Ereignisses gemacht werden. Zur Illustration der Schwierigkeiten referirt Redner folgenden Fall: Im Anschluss an eine Influenza sei bei einer Frau von c. 45 Jahren eine rechtsseitige acute Otitis media aufgetreten. Die vorgeschlagene Paracentese wurde zurückgewiesen, auch dann als Patientin auf die Gefahren hingewiesen worden, die ihr nach hochgelegener Spontanperforation drohten. Protrahirter Verlauf, langsamer Nachlass der Schmerzen, langsames Versiegen des stets nur sero-purulenten, nie übelriechenden Ausflusses. In der dritten Woche der Otitis media behauptete Patientin, sie bekomme einen Abort, es seien übelriechende und schwärzliche unregelmässige Blutungen aufgetreten. Sie habe schon verschiedenes gebraucht, unter anderem sich auch selbst untersucht. An einen Frauenarzt gewiesen, consultirte sie denselben nicht. Anfang der 4. Woche sei die Perforation verheilt, das Gehör jedoch noch auf die Hälfte reducirt gewesen. Patientin habe sich noch sehr schwach gefühlt, sei seit 14 Tagen fieberlos. Während der nächsten 11 Tage sei sie vom Hausarzte roborirend behandelt worden und habe sie sich langsam erholt; von Seiten des Ohres keine Klagen. Nach dem ersten Gang in's Freie Schüttelfrost, Temp. 40,1 — etwa 3 Wochen nach Schluss der Perforation. Am Tage darauf habe Patientin Redner mit der Mittheilung empfangen, dass am Ohre und Kopfe nichts krank sei, die Untersuchung des Ohres habe ein in nichts vom anderen gesunden Ohr abweichendes Trommelfell ergeben, Gehör wie vor 11 Tagen, absolut keine Kopfschmerzen, auch nicht bei stärkster Percussion des Warzenfortsatzes und des Schädels. Wiederum Klagen über einen Abort. Wiederum an einen Frauenarzt gewiesen habe Pat. denselben erst nach dem 6 Schüttelfrost consultirt. Sofortige Ausschabung der Gebärmutter, die mikroskopische Untersuchung habe jedoch nur eine einfache interstitielle Endometritis ergeben, keinen Abort. 16 Tage nach dem ersten Schüttelfroste wieder hinzugerufen, habe Redner am Ohr denselben negativen Befund gehabt, das Sensorium sei vollkommen klar gewesen, absolut keine Kopfschmerzen weder spontan noch auf Druck; Proc. mastoideus ganz schmerzlos; auch die Stelle des Sinus transversus absolut druckunempfindlich, Pupillen gleich, gut reagirend, keine Lähmung, keine Druckempfindlichkeit und kein Strang am Halse. Das einzige Hinzugekommene seien eine Menge Petechien in der Haut gewesen, über den ganzen Körper zerstreut. Nirgends eine nachweisbare weitere Metastase; kein Husten. Lungen frei, Harn normal, alle Gelenke frei. Temperatur constant zwischen 39,5 und 40,0; Am nächsten Tage Somnolenz, Exophthalmus oc. dextr. (dem ursprünglich erkrankten Ohr entsprechend): am Tage darauf Exitus. Section verweigert; Redner glaubt trotzdem es mit Thrombose des Sinus zu thun gehabt zu haben, und zwar ausgegangen von der Otitis media.

Der Vorschlag Zaufals gehe nun dahin, durch Unterbindung der Vena jugularis den weiteren Import septischen Materials in den Körper zu verhindern und so diesem Gelegenheit zu geben, den Kampf mit dem erst importirten Material erfolgreich aufnehmen zu können, wenn seine Kraft dazu reicht. Gleichzeitig soll der Sinus eröffnet die Thromben ausgewaschen, dem primären Heerde ein weiterer Abfluss geschaffen werden. Zaufal selbst habe in dem von ihm operirten Falle die vena jugularis nicht unterbunden; ihm folgte mit alleiniger Eröffnung des Sinus die Mehrzahl der deutschen Operateure, während von den Engländern systematisch die Unterbindung gemacht worden sei. Eingerechnet 2 Operationen des Vortragenden seien in den letzten Jahren Publicationen über 21 operirte Fälle bis zum Sept. 1893 erschienen und zwar mit 9 Todesfällen und 12 Heilungen. (Nachträglich sind noch weitere Publicationen erschienen, so dass im Ganzen Berichte über 40 Operationen mit 17 Todesfällen und 23 Heilungen vorliegen. Dieselben vertheilen sich folgender Maassen: mit Unterbindung der Vena jugularis ist 17 Mal operirt worden mit 6 Todesfällen und 11 Heilungen; ohne Unterbindung 23 Mal mit 11 Todesfällen und 12 Heilungen. Wenngleich die Zahlen klein sind, so scheint doch ihr Ergebniss mit dem theoretischen Calcul übereinzustimmen, welches die Unterbindung befürwortet).

Was den Zeitpunkt der Operation anlange, so heisst es natürlich möglichst frühzeitig operiren, sobald die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen sei. Andererseits seien noch Operationen mit schon bestehenden Complicationen von gutem Erfolge begleitet, so dass eine Contraindication in ihnen nicht gesehen werden könne. Gerade der erst angeführte Fall mit Metastasen in Lungen, Nieren und Gelenken sei in Genesung übergegangen, trotzdem die Operation erst bei schon bestehenden Complicationen ausgeführt werden konnte (keine Unterbindung). Die Kranke wurde am 1. April 1893 der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga mit normalem Gehör auf der operirten Seite vorgestellt. Nachgeblieben ist nur ein theilweise steifes Schultergelenk. Der zweite operirte Kranke sei an Meningitis zu Grunde gegangen. Hier sei die Jugularis unterbunden worden. (Autorreferat.)

Eine Discussion kam nicht zu Stande.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. October 1893.

1. Dr. Bernsdorff demonstrirt einen Harn von chylöser Beschaffenheit. Die Flüssigkeit hat ein milchartiges Aussehen, die Farbe ist ein schmutziges Weiss. Kein specifischer urinöser Geruch. Spec. Gew. 1,005, Reaction sauer, 2 ‰ Eiweiss (nach Essbach). Mikroskopisch sind feine Fetttröpfchen nachweisbar, im Sediment zahlreiche weisse Blutkörperchen, keine Cylinder. Versetzt man den Harn mit Kalilauge und schüttelt mit Aether aus, so verschwindet die Trübung. Bringt man den so behandelten Harn zum Verdampfen auf ein Uhrschälchen, so bleibt ein fettiger Beschlag auf dem Gläschen zurück.

Der Urin stammt von einem 11-jährigen Knaben und ist in Gegenwart des Vortr. gelassen worden. Vor 2 Tagen ist das Kind Vortr. von der Mutter wegen stetig zunehmender Blässe und Abmagerung, wozu sich Schmerzen im Leibe gesellten zugeführt worden. Der Urin hat seit 4 Tagen die weisslich graue Beschaffenheit angenommen und soll schon in der letzten Woche dick und trübe, wenn auch nicht weisslich gewesen sein. Vor einem Monat hat ein fast ½ Jahr andauernder Keuchhusten sistirt, sonst ist das Kind bisher gesund gewesen. — Patient ist sehr blass, schlecht genährt. Leib aufgetrieben,



keine freie Flüssigkeit nachweisbar. Die anderen Organe gesund. Die unregelmässigen kolikartig auftretenden Schmerzen verlegt Pat. in die Ileo-Coecalgegend und in die Partie über der Symphyse. Die bei uns zu Lande wohl sehr selten beobachtete «Chylurie» hat Vortr. veranlasst den Harn vorzuzeigen, wenn vorläufig auch durchaus keine Erklärung für dieses Phänomen gegeben werden kann. Das Kind stammt von lettischen Eltern, die hier in Riga leben. Bekanntlich wird Chylurie in den Tropen häufig angetroffen, und dort zurückgeführt auf das Eindringen eines Parasiten, der Filaria sanguinis. In Deutschland sind einige Fälle bekannt gegeben, deren Genesis dunkel und die jedenfalls keine gemeinsame Basis haben. Vortr. bittet die Collegen um diesbezügliche Mittheilung, falls sie jemals einen Harn von ähnlicher Beschaffenheit beobachtet haben sollten. (Autorreferat.)

Dr. Hampeln hat in seiner eigenen Praxis einen solchen Fall nicht beobachtet, doch macht er auf den Unterschied zwischen wahrer und falscher Chylurie aufmerksam. Letztere komme, wenn auch sehr selten bei Nephritis vor, bedingt durch die verfetteten Epithelien. Da in dem von Dr. B. beschriebenen Falle alle Anzeichen einer Nephritis fehlen, glaubt auch er diesen Fall für eine echte Chylurie ansehen zu müssen. Zur Ergänzung dieses Falles müsste allerdings noch eine Blutuntersuchung vorgenommen werden.

2) Dr. Heerwagen giebt eine Beschreibung über Einrichtung und Organisation der neu gegründeten städt. Desinfectionsanstalt.

3) Dr. P. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag «Indicationen zur Operation der Perityphlitis.» (Ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift 1893, Nr. 46, erschienen).

Dr. Bergmann schliesst sich den dankenswerthen Ausführungen Klemms voll an und betont wie klärend dieselben auf die bisher räthselhaften Gegensätze von Perityphlitis mit und ohne Eiterung wirken dürften. Wo Eiterung vorhanden, komme es nie zur Resorption, in Fällen letzterer Art handle es sich immer um die von Klemm als katarrhalisch — ulceröse bezeichnete Form. Daher muss der Chirurg unbedingt dort zum Messer greifen, wo Eiter nachweisbar. B. muss diesen Standpunkt, obgleich ihm bei Gelegenheit einer früheren Discussion von Dr. Voss der Vorwurf gemacht worden ist, er ziehe die Grenzen für die Operation zu weit, auf's Neue aufrechterhalten. Der Ansicht Dr. Klemms, dass eine einfache Kothstauung nie zur Typhlitis führe, da eine solche Entzündung an anderen Stellen des Darmtractus aus dieser Ursache nie zu beobachten sei, glaubt er doch entgegenhalten zu müssen, dass es an dieser Stelle doch in so fern andere Verhältnisse gäbe, als ein dünneres Darmrohr in ein dickeres übergehe, und auch die Statistik immerhin ca. 10 pCt. Fälle von Perityphlitis aufweise, wo der Proc. vermiformis sich als gesund erwiesen habe. In diesen Fällen gäbe die Annahme einer Kothstauung als Ursache der Entzündung die einzige Erklärung.

Dr. Voss giebt zu, dass die Indicationsstellung Klemm's vom theoretischen Standpunkte eine richtige sei. In Praxi gestalte sich die Frage wegen der grossen diagnostischen Schwierigkeiten oft anders. Der Eiter lasse sich eben nicht immer nachweisen.

Dr. Klemm giebt die praktischen Schwierigkeiten zu, daher müsse man eben alle Hülfsmittel der Diagnostik in Bewegung setzen, um zu der richtigen Entscheidung zu gelangen. Hat man die Verhältnisse erst richtig erkannt, dann ist dem therapeutischen Handeln ein klares Ziel gesteckt.

Dr. Hampeln betont, dass die von Klemm entwickelten Ansichten durchaus den seinigen entsprechen, welche er auch schon früher auf dem livländischen Aerztetage in Wenden vertreten habe. Für spruchreif halte er diese schwierige Frage jedoch noch nicht. Ob eine Nothwendigkeit vorliege, bei der recidivirenden Form der Perityphlitis im freien Intervalle zur Operation zu schreiten, scheine ihm nach seinen Erfahrungen nach dieser Richtung im Krankenhause doch fraglich zu sein, indem er fast nie in den schweren Formen der perforirenden eitrigen Perityphlitis anamnestisch frühere Attaken der leichten Form habe constatiren können. Daher halte er die recidivirende Form der catarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis prognostisch für nicht so schlimm.

Dr. Klemm führt dagegen aus seiner Erfahrung 2 Fälle an, wo es zu einem letalen Verlauf gekommen ist, nur deshalb, weil der Versuch nicht gemacht worden war den erkrankten Proc. vermif. zu entfernen.

Dr. Voss ist der Ansicht, dass auch in den verzweifelten Fällen von Peritonitis bei perforativer eitriger Perityphlitis ein operativer Versuch immerhin noch Chancen auf Erfolg habe. Als Illustration für diese Ansicht führt

Dr. Berg einen Fall aus seiner Praxis an, wo es bei einem Kinde in Folge eines Apfelsinenkernes zu ulcerösen Processen im Wurmfortsatz mit nachfolgender Eiterperforation gekommen war. Bei der Operation schwammen förmlich alle Theile des Abdomens bis hinauf zur Leber in Eiter und dennoch genas das Kind.

Dr. Bergmann betont die grosse Tendenz zur Adhäsionsbildung bei der eitrigen Peritonitis in Folge von perforativer Perityphlitis, weshalb diese Fälle relativ oft einen günstigen Verlauf nehmen, während man, bei aus anderen Ursachen erfolgten Perforationen fast immer einen schlimmen Verlauf zu beobachten hat, daher glaubt er auch in dem von Dr. Berg angeführten Falle ein grosses Empyem vermuthen zu müssen.

Dr. Hach wendet sich gegen die Ansicht Klemms, der Chirurg brauche bei in Folge von Perforation aufgetretener eitriger Peritonitis nicht mehr zu operiren. Ihm scheine das Gegentheil nach Erfahrungen, welche er in gynäkologischen Fällen in dieser Beziehung gemacht durchaus angezeigt.

Dr. Klemm giebt für seine Person Hach Recht. Er habe nur die Stellung einer Anzahl Chirurgen charakterisiren wollen.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Aus Berlin bringt der Telegraph die Trauerkunde, dass Prof. Dr. August Hirsch, der Begründer der medicinisch-geographischen Pathologie, gestorben ist. Einen ausführlicheren Nekrolog des um die medicinische Wissenschaft hochverdienten Mannes bringen wir nächstens.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. K. F. Slawjanski, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medicin an der Kiewer Universität, Dr. N. A. Obolenski, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Professor der medicinischen Chemie Dr. Schalfejew ist auf weitere drei Jahre im Amte des Decans der medicinischen Facultät der Warschauer Universität bestätigt worden.

— Die Prosectoren der Moskauer Universität, Dr. Morochowez und Dr. Djakonow, sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer für Physiologie, letzterer für operative Chirurgie.

— Die DDr. N. J. Ketscher und W. W. Kudrjawezki haben sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocenten für interne Medicin an der genannten Academie habilitirt.

— Zum Vorsitzenden der Section für Schulhygiene der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist Dr. P. D. Jenko, zum Vicepräsidenten W. P. Wolens und zum Secretär Dr. W. W. Gorinewski gewählt worden.

— In der am 16. Januar stattgehabten Generalversammlung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit gab der langjährige Präsident Prof. Dr. Zdekauer einen kurzen Abriss der fünfzehnjährigen Thätigkeit der Gesellschaft und erklärte dann zum Schluss, dass er sein Amt als Praeses niederlegen wolle.

— Der hiesige Arzt Dr. N. J. Grigorjew ist, wie der «Herold» mittheilt, von der Londoner Gesellschaft zur Bekämpfung der Trunksucht zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— In nächster Zeit feiert der Nestor der Odessaer Aerzte, Dr. D. K. Dallas, das 60-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Gesellschaft Odessaer Aerzte, zu deren Gründern der Jubilar gehört, hat ihn zum Ehrenmitgliede gewählt und wird ihm am Festtage eine Adresse überreichen.

— Am 3. Januar beging Dr. H. E. Rosen in Odessa sein 25-jähriges Amtsjubiläum als Arzt des dortigen Gefängnisses.

— Am 18. Januar vollendeten sich 50 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Arztes und Accoucheurs Dr. G. J. Tkatschew in Rostow am Don. Die Stadt-Duma hat beschlossen dem Jubilar zu Ehren, der sich einer grossen Popularität in Rostow erfreut, die Strasse, an welcher derselbe gewohnt, nach ihm zu benennen und von den Verehrern und Freunden des Jubilars ist eine Summe aufgebracht worden, welche zur Errichtung einer Abtheilung für chronische Kranke am Rostowschen Stadthospital, die den Namen des Jubilars tragen wird, verwandt werden soll. Dr. Tkatschew selbst hat zum Andenken an sein 50-jähriges Jubiläum an der Charkower Universität, an welcher er seine medicinische Ausbildung erhalten, zwei Prämien (à 600 und 400 R.) für medicinische Arbeiten, sowie mehrere Stipendien für Medicinstudirende gestiftet und zu diesem Zweck 75,000 Rbl hergegeben. Die Stipendien sind für Söhne von Einwohnern der Stadt Rostow am Don bestimmt und die Prämien dürfen nur Aerzten russischer Nationalität zuerkannt werden.

— In der Jahresversammlung der hiesigen gynäkologischen Gesellschaft am 18. Januar wurde zum Präsidenten der Gesellschaft an Stelle des von diesem Posten zurücktretenden Prof. Slawjanski der Professor

des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. Ott und zum Vicepräsidenten Dr. Stolz gewählt.

— Verstorben: 1) Am 16. Januar auf seinem Gute Hellenorm bei Jurjew (Dorpat) der Academiker Geheimrath Dr. Alexander Theodor v. Middendorff nach längerem Leiden im 78. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher zu den ältesten der noch lebenden ehemaligen Jünger der Dorpater Universität gehörte, war am 6. Aug. 1815 zu St Petersburg geboren und erhielt seine Erziehung auf dem väterlichen Gute in Livland, worauf er im Jahre 1832 die Dorpater Universität bezog, um Medicin zu studiren. Nach Erlangung der Medicinischen Doctorwürde daselbst im Jahre 1837 setzte er seine Studien im Auslande fort, und erhielt nach seiner Rückkehr die Professur für Zoologie in Kiew, von wo er im Jahre 1850 zum Mitgliede der Academie der Wissenschaften für Zoologie nach St. Petersburg berufen wurde. Middendorf war ein Mann von wahrhaft universeller Bildung, ungewöhnliche Gedächtnisskraft mit seltener Geistesfrische und Geistesschärfe vereinigend, und erlangte daher sehr bald einen glänzenden Ruf in der Gelehrtenwelt, namentlich als Geograph, Ethnograph und Naturforscher. Zahlreich sind auch die Ehren, welche ihm zu Theil geworden sind: er war Ehrenmitglied der St. Petersburger Academie der Wissenschaften, der livländischen ökonomischen Societät, der Berliner geographischen Gesellschaft, Inhaber der goldenen Medaille der Londoner geograph. Gesellschaft und Ehrendoctor der Dorpater Universität. Den letzten Theil seines Lebens verbrachte M. auf seinem Landgute in Livland, wo er neben seinen wissenschaftlichen Studien sich vorzugsweise der Landwirthschaft widmete, in welcher er die erfolgreichste und fruchtbarste Thätigkeit entfaltet hat. 2) In Jelisawetgrad am 16. Dec. 1893 der dortige Arzt Marcus Rosenstein, der seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten hatte, im Alter von 40 Jahren. 3) Am 17. December 1893 in Mentone der Ordinator am Alexander-Krankenhause der Moskauer Kaufmannschaft, Paul Nefedow, im 37. Lebensjahre. 4) In St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. Leo Galuzinski, 64 Jahre alt. 5) Am 17. December erschoss sich in Tiraspol der jüngere Arzt der dort stationirten fliegenden Artillerieparks Nikolai Stawrow im Alter von 38 Jahren. Er war einige Tage vorher an der Influenza erkrankt, die mit einer Entzündung beider Lungen complicirt war. Der Verstorbene erfreute sich grosser Popularität in der Stadt. 6) Dr. Simon Katser, früherer Badearzt in Hall, im 80. Lebensjahre.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt stetig ab. Eine grössere Zahl von Erkrankungen weisen noch die Gouvernements Kursk und Lublin auf. Auch in St. Petersburg macht sich eine Abnahme der Epidemie bemerkbar. Die Zahl der Cholerakranken in den Hospitälern St. Petersburg, welche am 1. Januar d. J. 85 betrug, ist bereits auf 38 gesunken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Januar d. J. 6278 (7 mehr als in der Vorwoche), darunter 234 Typhus — (6 mehr), 659 Syphilis — (19 wenig.), 52 Scharlach (4 mehr), 42 Diphtherie — (20 mehr), 74 Masern — (5 wenig.), 20 Pocken — (5 wen.) und 66 Cholerakranke — (14 weniger).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Makarjew (Gouv. Kostroma). Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Макарьевская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Krestzy (Gouv. Nowgorod). Geh. 900 R. jährl. Adresse: «Крестецкая Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. Januar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
362	297	659	113	57	90	16	12	21	49	69	52	59	63	48	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 14, Scharlach 8, Diphtherie 14, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 39, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 31 Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 31.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. Februar.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 21 Января 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, 29. Januar (10. Februar) 1894

Ueber die traumatische Epilepsie und ihre Behandlung.

Von

Dr. W. Zoege Manteuffel (Dorpat).

Vortrag, gehalten auf dem V. livländischen Aerztetag am 2. September 1893 als Correferat zu dem Vortrag Dr. A. v. Bergmanns (Riga) «Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen».

Meine Herren!

Die Folgen, die ein Trauma des Hirns nach sich ziehen kann, hat Ihnen mein Vorredner in anschaulicher Weise geschildert, sowie Ihnen die diagnostischen und therapeutischen Mittel zum Erkennen, Verhüten und Beseitigen derselben auseinandergesetzt. Es erübrigt noch einer Erkrankung des Hirns zu gedenken, die bald in unmittelbarer, bald in weiterer Folge einer Verletzung des Hirns auftritt: der Rindenepilepsie.

Wenn ich es nun unternehme, den Stand der Frage der Epilepsie nach Kopfverletzungen darzulegen, so muss ich gleich betonen, dass ich bei der Fülle des Stoffes und der Kürze der bemessenen Zeit mich auf Wiedergabe der noch vielfach bestehenden Controversen namentlich hinsichtlich der Genese nicht einlassen kann.

Die Rindenepilepsie, zuerst von Jackson, lange vor der Erforschung der Functionen der Hirnrinde als eine Erkrankung der letzteren geschildert, fassen wir als eine Schädigung oder Reizung der motorischen Sphäre der Hirnrinde auf, die sich in klonischen, in typischer Reihenfolge sich abrollenden Krämpfen der ganzen Körpermusculatur äussert.

Wenn wir am trepanirten Thier eine beliebige Stelle der Hirnrinde electrisch reizen, so entstehen bei Anwendung starker Ströme diffuse epileptische Anfälle, die meist plötzlich sich in atypischer Weise über die ganze Körpermusculatur ausbreiten. Wenn wir dagegen schwache Ströme in Anwendung ziehen, so gelingt es bei Reizung der motorischen Sphäre Krämpfe der geschilderten Art zu erzeugen: Wir erhalten das Bild der Jackson'schen oder Rindenepilepsie.

Zuerst Luciani und Ferrier, dann Hitzig, Fritsch, Frank, Pitres, Unverricht, Johannson, Rosenbach, Unger haben durch eine grosse Zahl von Experimenten dargethan, dass typische Anfälle sich nur von der motorischen Region aus erzeugen lassen, so zwar, dass der Krampf zuerst in dem dem gereizten Centrum entsprechenden Muskelgebiet auftritt. Bald bleibt der Krampf auf die eine Muskelgruppe beschränkt (Monospasmus) bald breitet er sich über die eine (Hemispasmus) oder beide Körperhälften (allgemeine Epilepsie) aus. Als Gesetz müssen wir es ferner ansehen, dass der Krampf seinen bestimmten Weg geht. Der Reiz breitet sich vom anfangs ergriffenen Centrum auf das nächstliegende aus, entsprechend der anatomischen Anordnung der Rindenfelder. «Diejenigen Muskeln werden hintereinander in Zuckungen versetzt, deren Centra in der Hirnrinde neben einander liegen». Der Krampf rollt vom Orbicularis beginnend über die ganze contralaterale Körpermusculatur. An der gleichnamigen tritt er dann in umgekehrter Reihenfolge auf: so durchkreist er gewissermaassen den ganzen Körper: von der dem Centrum entsprechenden entgegengesetzten Seite beginnend steigt er an dieser herab bis auf die hintere Extremität, springt jetzt hinüber auf die andere hintere Extremität und steigt hinauf wieder bis zum Orbicularis der gleichnamigen Seite. Aber nicht blos der erste von der Hirnrinde inducirte Anfall nimmt seinen Ausgang vom gereizten Felde und durchläuft die eine Seite in absteigender, die andere in aufsteigender Richtung, nein auch jeder folgende, der sich an den ersten anreiht, hat denselben Ausgangspunkt und denselben Verlauf; eine Beobachtung Unverrichts, der wegen ihrer Gesetzmässigkeit die grösste diagnostische Bedeutung beizumessen ist. Ebenso verlaufen ein 3. und 4. Anfall, nur dass er, wie erlahmend, nicht mehr das Ziel erreicht. Stieg der 2. Anfall noch bis hinab zum Bein und wieder herauf zu dem dem Ausgangspunkt der anderen Seite entsprechenden Centrum — so erreicht der 3. vielleicht eben noch die vordere Extremität der anderen Seite — der 4. vielleicht nur noch die hintere, oder bleibt auf eine Seite beschränkt.



Die Analogie dieser Erscheinungen mit der von Jackson geschilderten Rindenepilepsie gestattet wohl eine unmittelbare Uebertragung der am Thier gewonnenen Resultate auf die Vorgänge am Krankenbett. Ich kann allerdings nicht verhehlen, dass eine Reihe namhafter Autoren, unter ihnen Nothnagel, Kussmaul, Binswanger etc. vom Pons und von der Medulla aus allgemeine Krampfanfälle erregten und diese Thatsachen etwa so deuteten, dass sich an der genannten Stelle eine Art Sammelcentrum befinde, das sowohl vom Willensimpulse als von der Peripherie her in Thätigkeit versetzt werden könne. Unverricht acceptirt jedoch diese Reflexkrämpfe nicht als wahre Epilepsie.

Uebertragen wir die am Thiere gewonnenen Erfahrungen zur Klärung der Situation auf den Menschen, so müssen wir uns vor Allem fragen: Welcher Factor übernimmt hier die Rolle der electrischen Pole?

Gestatten Sie, m. H., dass ich zur Beantwortung dieser Frage vorerst mich den anatomischen Veränderungen, wie sie bei Kopfverletzungen mit nachfolgender Epilepsie gefunden wurden, zuwende. Die Zahl der anatomisch gesicherten klinischen Beobachtungen ist schon gross genug. Wir finden vor Allem als Ursachen unmittelbar nach dem Trauma einsetzender epilept. Anfälle: eingedrungene Knochensplitter und Fremdkörper, Knochenimpressionen, dann in weiterer Folge der Verletzungen: Verlöthungen der Hirnhäute unter einander und mit dem Schädel, manchmal in Gestalt zarter Adhäsionen, manchmal und häufiger in Gestalt fester gelblicher Narben, die von der Dura bis in die Hirnrinde und noch tiefer reichen. In anderen Fällen zeigten diese Narben cystoides Gefüge und füllten flache Vertiefungen der Oberfläche des Hirns, oder bildeten sklerotische derbe Platten in und auf der Rinde.

Kocher weist ferner darauf hin, und bringt eine Reihe interessanter klinischer Belege, dass in einer Reihe von Fällen durch Zertrümmerung entstehende cystoide Räume sich als Ursache der Epilepsie fanden. Ja, er glaubt sogar annehmen zu dürfen, dass diese «traumatische Porencephalie» sehr leicht und häufig Epilepsie erzeuge, und findet eine Stütze dieser Anschauung in der Beobachtung Benedicts, der als Ursache der spontanen Epilepsie angeborene und entzündliche Porencephalie fand. Die von Kocher beschriebenen Zertrümmerungscysten erreichten sehr erhebliche Grösse und communicirten durchweg mit den Ventrikeln, so weit, dass sie als gewaltige Ausbuchtungen derselben erschienen.

Während bei den ersterwähnten Formen der Schädel zumeist eine Continuitätstrennung erlitten hatte, kann diese schon fehlen bei den Erweichungsheerden. Des weiteren ist Epilepsie nach Kopftraumen ohne Schädelverletzung beschrieben, wobei man sich genöthigt glaubte, die Narbe der Galea als Ursache der dann reflectorischen Epilepsie anzuschuldigen. Bergmann weist darauf hin, dass wir nicht gezwungen sind, diese Weichtheilwunde der Kopfschwarte als Ausgangspunkt des epilept. Reizes anzusehen, dass vielmehr auch eine tangential den Kopf contundirende Kugel, ja jede Contusion des Schädels auch ohne Continuitätstrennung desselben eine Contusion des Hirns setzen könne, wie schon die Versuche von Felizet es zeigen, der einen mit Paraffin gefüllten Schädel aus verschiedener Höhe herabfallen liess und jedesmal eine wenn auch flache Delle im Paraffin als Ausdruck der elastischen Impression des Schädels nachwies.

Die auf Kochers Anregung von Ferrari angestellten Versuche mit den einer ähnlichen Gewalteinwirkung ausgesetzten Schädeln eingeschobenen Deckgläschen die ohne Bruch des Schädels sich zertrümmert vorfanden, zeigen noch deutlicher, wie weit die Zerstörungen im Hirn ohne Continuitätstrennung des Schädeldaches gehen können.

Ziehen wir die klinischen Beobachtungen hinzu, so müssen wir sagen, dass wir im gegebenen Fall kaum ein Recht besitzen, bei Narben der Kopfschwarte von einer reflectorischen Epilepsie zu reden, wie wir sie etwa bei Narben an anderen Körperstellen beobachten. Und der Unterschied ist schliesslich kein so wesentlicher: nur der, dass der Reiz seinen Ursprung ausserhalb des Hirns nimmt. Seine Wirkung liegt immer in der Rinde.

Beweisend für diese Auffassung sind schon die nothwendig gewordenen Excisionen der betreffenden Centra in einschlägigen Fällen.

Bei Kopfverletzungen können wir somit sagen, dass stets die Läsion einer motorischen Rindenpartie mit anatomischen Veränderungen an derselben als Ursache der Rindenepilepsie anzusehen ist.

An dieser Thatsache ändert auch nichts die von einer Reihe von Autoren gemachte Beobachtung, dass von der sensoriellen Sphäre aus ein Anfall auszulösen sei.

Denn erstens sind die Centren derselben noch vielfach controvers und hat z. B. Unverricht an dem Occipitallappen ebenfalls motorische Centren gefunden und danach das Bild einer Epilepsie bei Reizung dieser Gegend gezeichnet. Es war und ist eben die «motorische Region» noch lange nicht in ihrer ganzen Ausdehnung bekannt, wie eben die Versuche Unverrichts wiederum zeigen. Andrerseits weist Horsley darauf hin, dass wahrscheinlich neben jedem motorischen Centrum auch ein sensibles und eines für Muskelgefühl liegen, wo dann die anatomische Trennung allerdings unmöglich wird.

Wir müssen allerdings bei der Art der Ausbreitung der epileptischen Rindenreizung von einem Centrum zum Nachbarcentrum zugeben, dass auch mal von einem nicht motorischen Centrum der Reiz ausgeht und erst beim Hinüberrollen auf die motorische Sphäre in Erscheinung tritt, wenn wir nicht eine besondere labile Disposition der motorischen Sphäre annehmen wollen. Gegen letztere spricht aber schon das thatsächliche Vorkommen der Narbenreflexepilepsie. Beweisende Beobachtungen am Menschen für Ausgang der Epilepsie von einem ausserhalb der motorischen Sphäre gelegenen Centrum bei directer Läsion liegen meines Wissens nicht vor.

Aus nahe liegenden Gründen genügt es vorab für unsere Zwecke jedoch, wenn wir daran festhalten, dass die Jackson'sche Rindenepilepsie eine anatomische Veränderung in der motorischen Zone fordert, und zwar in einem relativ eng umschriebenen Bezirk, die sich aus dem Beginn des Anfalls in einer bestimmten Muskelgruppe erkennen und gemäss der Kenntniss von der Localisation der Hirnrinde und ihrer Beziehungen zur Schädel-Oberfläche auch an dieser finden und bestimmen lässt, auch wo keine äussere Verletzung auf den Ort der Läsion, der Veränderung hinweist.

Gerade bei den Kopfverletzungen ist nun aber letzteres meist der Fall. Es gelingt, wie im Experiment, so auch am Patienten gelegentlich durch Druck auf die Narbe, auf den nachgiebigen Schädeldefect den Anfall auszulösen.

Diese und ähnliche Beobachtungen mögen, wie Broca das erzählt, schon in prähistorischer Zeit den Versuch veranlasst haben, die Epilepsie durch Ausschaltung des Schädelstückes mit der Narbe zu heilen. Jedenfalls scheinen diese Versuche, nach Discreditirung der Trepanation überhaupt durch die französische und deutsche Schule in der Mitte unseres Jahrhunderts, erst in den letzten Decennien wieder aufgenommen worden zu sein, und zwar, wie man sich an den veröffentlichten Berichten überzeugen kann, mit sehr wechselndem, im Ganzen höchst unbefriedigendem Erfolg.

Man beschränkte sich darauf, das imprimirte Schädelstück, die die Splitter beherbergende Narbe im Schädel herauszutrepaniren. Auch die antiseptische Aera brachte



hier anfangs keine Fortschritte. Man excidirte immer noch blos die Haut- und Knochennarbe und löste höchstens die Dura vom Knochen. Erst mit Victor Horsley ist die Behandlung der Jackson-Epilepsie in eine neue und fruchtbringende Phase getreten. Horsley empfahl in allen Fällen die Excision auch der Narbe im Gehirn. Wo eine mit den Decken zusammenhängende Narbe sich fand, war das Maass für die Excision in den sichtbaren Veränderungen am Knochen und an der Hirnoberfläche und namentlich die zu excidirende Stelle sofort gegeben. Handelte es sich um Fälle, in denen ein solcher Fingerzeig fehlte, so suchte und fand Horsley das gewünschte «Centrum» nach breiter Eröffnung der Schädelcapsel auf anatomischem Wege oder aber, was er nie zu unterlassen räth, durch Reizung mittelst des electrischen Stromes; denn der Anfall hatte ihm ja den Ausgangspunkt im peripheren Spiegelbilde physiologischer Uebertragung gezeigt und den Rückschluss auf ein umschriebenes Rindengebiet möglich gemacht.

Der klassisch gewordenen ersten Publication Horsley's sind eine grosse Reihe weiterer gefolgt. Bergmann, dem wir in Vorstehendem vielfach folgten, bemerkt hierzu, dass diese Veröffentlichungen viel zu früh erfolgten, da sie blos die Genesung von der Operation, nicht aber die der Epilepsie melden konnten, und acceptirt als «geheilt» nur solche Fälle, die über 4 Jahre ohne Anfall gewesen sind. Von diesen sind inzwischen ebenfalls eine ganze Reihe gemeldet und gebucht, so dass wir die methodische Exstirpation des erkrankten Rindenfeldes als ein physiologisch und pathologisch wohl begründetes Operationsverfahren ansehen müssen. Denn die Anfangs bedenklich erscheinende Entfernung einer motorischen Centralstelle hat keinen dauernden functionellen Ausfall zur Folge. Wissen wir doch, dass der Ausfall durch vicariirenden Ersatz gedeckt wird, so dass, wie viele Beispiele es zeigen, die Anfangs auftretenden Lähmungen allmählich geringer werden und nach einigen Monaten schwinden.

Damit fallen auch die letzten praktischen Bedenken, und wir werden auch selbst in Fällen, wo nach 3 Jahren ein Recidiv auftritt, diese 3 Jahre in dem Leben des Unglücklichen als einen Gewinn ansehen, allerdings aber deswegen nicht die Hoffnung aufgeben, durch besseres Erkennen und Können in Zukunft auch die volle Heilung zu erzielen.

Wenn wir aber ein Recidiv sehen, ist das denn eigentlich so wunderbar?

Müssen wir uns nicht vielmehr mit Bergmann darüber wundern, wenn wir eine Narbe durch eine Narbe ersetzen und trotzdem Heilung eintreten sehen?

Denn nach Excision der veränderten und verletzten Hirnprovinz muss doch zur Heilung wieder eine Narbe entstehen und was ist diese besser als jene?

Alexander Fränkel hat in einer in der Festschrift für Billroth veröffentlichten Arbeit die Gründe der Recidive auseinanderzulegen unternommen. Er giebt die bilateralen Beziehungen jeder Rindenpartie, wie sie Horsley und Schäfer zur Erklärung des functionellen Ersatzes behaupten, im Allgemeinen zu.

Bei vollständiger Zerstörung jedoch bleibe beim Affen und auch beim Menschen ein Defect (während er sich beim Hunde ausgleiche). Wenn also nach Epilepsieoperation die Function sich wieder vollkommen herstelle, so sei das ein Beweis, dass das Centrum nicht ganz excidirt sei und damit auch nicht die Ursprungstätte des Anfalls. Auf eine andere Ursache für die Recidive komme ich weiter unten zurück. — Jedenfalls sind weitere Bestätigungen dieser Versuche noch abzuwarten.

Bergmann nimmt an, dass gerade so, wie Knochensplitter in ganz hervorragender Weise die Hirnrinde reizen, auch eine unregelmässig gestaltete Narbe einen erheblicheren Reiz ausübe, als eine glatte, eine Ueberlegung, die uns auch in Hinsicht auf die später mögliche Epilepsie dazu nöthigt, Splitterbrüche des Schädels primär zu trepaniren.

Mit aus diesem Grunde empfehlen Wagner und nach ihm Helferich und Küster und neuerdings Kümmel speciell bei der Epilepsie das mit dem Meissel ausgeschlagene mit dem Periost in Verbindung stehende Knochenstück zu reimplantiren. Alexander Fränkel sah bei Hunden nach Reimplantation der Schädelstücke narbige Verwachsungen der Hirnrinde und Epilepsie auftreten. Er räth daher das Knochenstück durch eine Celluloidplatte zu ersetzen, ein Verfahren, das stark an die wenig creditfähigen Operationen von Gluck erinnert.

Kocher fasst das Wesen der Reizung etwas anders auf, vornehmlich, wie mir scheint, weil er besonders viele Fälle von traumatischer Porencephalie beobachtete und für diese seine Erklärung allerdings erschöpfend ist. Er fasst den epileptischen Insult auf als «eine durch plötzliche intracranielle Druckschwankung und daherige Circulationsstörung zu Stande gekommene Commotio cerebri, bei abnormer, anatomisch begründeter Erregbarkeit gewisser Gehirnabschnitte, speciell im Bereich der Hirnrinde».

Unter «Commotio» versteht Kocher: «eine blos mikroskopisch erkennbare Quetschung kleinster Theile der Hirnsubstanz, über einen grösseren Bezirk ausgebreitet, durch Fortleitung eines Stosses innerhalb der Hirnsubstanz selber sowohl als unter Vermittelung des Liquor cerebrospinalis».

Es ist hiernach ohne weiteres verständlich, wie eine Excision eines Narbenherdes Erfolg haben kann. Es ist aber auch der Erfolg erklärlich, wie ihn Kocher bei der von ihm eingeschlagenen Therapie bei traumatischer Porencephalie eintreten sah. Kocher eröffnete die Cyste und hielt sie so lange durch ein Drain offen, bis kein Liquor cerebrospinalis mehr abfloss und der Defect sich schloss. Die Druckentlastung giebt hier wohl die Bedingung für Restitution.

Ohne auf diese sehr interessante und ausführliche Arbeit Kochers näher einzugehen, weil das, was sie an stofflich Neuem und neuen Gedanken bringt, auch wohl zu lange Ihre Geduld in Anspruch nehmen würde, kann ich es mir nicht versagen auf einen Punkt etwas näher einzugehen.

Dass thatsächlich der Druck bei Entstehung der Epilepsie eine erhebliche Rolle spielen kann und dass wir gezwungen sind in den Druckschwankungen ein genetisches Moment zu sehen, erscheint fraglos erwiesen durch die von Kocher beigebrachten Beispiele. Wenn durch Eröffnung einer Porencephalie die epilept. Symptome schwinden, beim Verheilen der Oeffnung sofort auftreten um definitiv durch abermalige Eröffnung beseitigt zu werden, so liegen hier die Thatsachen in ihrem Zusammenhang ebenso klar da, wie in jenem Fall, in dem die Narbe sich bei venöser Stauung spannte, blähte und dann auch die epileptischen Anfälle einsetzten. Ich glaube aber, dass Kocher, wohl veranlasst durch das ihm zu Gebote stehende Material, einen anderen Reiz, der namentlich bei verbackenden Narbenbildungen in Frage kommt, zu sehr in den Hintergrund gedrängt hat. Bedenken wir, dass wir es hier mit einem Organ zu thun haben, das zu seiner Ernährung in toto rhythmische Bewegungen von recht erheblicher Excursionsweite ausführt und das jetzt seine Oberfläche an einen vorstehenden Knochensplitter reibt oder anspiesst, oder an einer Stelle mit dem starren Schädel verwachsen, an dieser Adhäsion fortwährend zerrt, oder bei Berücksichtigung der Structur und Consistenz der narbig verbundenen Gewebe gezerrt wird, so müssen wir in diesem grob mechanischen Moment doch auch einen Factor



sehen, der nicht blos indirect durch die durch ihn gesetzten Druckschwankungen, sondern direct durch Zerrung geeignet erscheint als ursächlicher Reiz für den epileptischen Insult aufzutreten, wie der electrische Strom im Experiment.

Es fragt sich ob wir aus diesen Erfahrungen uns Schlüsse gestatten dürfen auf unser therapeutisches Handeln, ob wir aus ihnen Fingerzeige herauslesen können, wie wir dem Recidiv am besten vorbeugen.

Die Untersuchungen von Fränkel geben jedenfalls zu denken, und wären nachzuprüfen. — Jedenfalls wird es sich empfehlen das zu replantirende Stück Schädel ein gutes Stück grösser auszumeisseln als das aus der Hirnrinde zu resecirende, damit die Narben hier nicht über einander zu liegen kommen, eine Maassregel zu der wir ja auch sonst greifen, wo wir Einziehungen und Verbackungen vermeiden wollen. Wo das aus irgend einem Grunde nicht möglich, schadet ein Schädeldefect schliesslich auch nicht viel. Ich erlaube mir, hier Ihnen einen Mann zu demonstriren, bei dem ich vor $1^{3}/_{12}$ Jahren im Status epilepticus nach verheilter Schädel-Hirnwunde die Trepanation ausführte. Eine Erhaltung des austrepanirten Knochenstückes war schon deswegen nicht möglich, weil es durch das ursprüngliche Trauma durchlocht und hochgradig narbig verändert war. — Es besteht jetzt ein Schädeldefect, der lebhafte Pulsationen zeigt, bei deren Betrachtung sich einem unwillkürlich die Frage aufdrängt: hätte das reimplantirte Schädelstück in gleicher Weise die pulsatorischen Bewegungen des Hirns unbehindert gelassen? Hätte es nicht vielleicht doch Verwachsungen gegeben, die die Bewegungen local hinderten und Zerrungen der Rinde bedingten, in der Nachbarschaft der excidirten Partie?

Nun, meine Herren, ich will die schönen Bestrebungen der letzten Jahre, solche Defecte knöchern zu schliessen durchaus nicht reactionär verwerfen, — es würden mir ja auch eine Reihe wohlgelungener Reimplantationen ohne schädliche Folgen entgegengeführt werden können, — glaube aber doch, dass auch hier noch das Thierexperiment einzugreifen hat, um uns die gewünschte und so nothwendige Sicherheit zu geben, — die Sicherheit, die wir im übrigen therapeutischen Plan, dank dem Thierexperiment und den klinischen Beobachtungen besitzen, und die allein uns ein Recht giebt, mit kühner Hand in das Gehirn des Menschen unser Messer zu senken.

Referate.

Prof. Theodor Kocher: Chirurgische Beiträge zur Physiologie des Gehirns und Rückenmarks. (Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Bd. 35. 36).

I. Zur Lehre der Gehirnverletzungen durch stumpfe Gewalt.

Cap. 1. Fieber, Respirations- und Circulationsstörungen als Herdsymptome bei Gehirnverletzungen. K. findet, dass wie in vielfachen Experimenten durch Reizung des Temperaturcentrums (corpus striatum, Thalami) des Respirations- und Circulationscentrums im Grosshirn auch am Menschen durch Trauma und Bluterguss in der betreffenden Gegend Fieber erzeugt würde. Der Tod trat ein in Folge der Respirationsschädigung (Pneumonie) wie bei Vagusdurchschneidung. Es sind somit die in der Ueberschrift erwähnten Symptome Herderscheinungen. Therapeutisch sei Lähmung der Grosshirnrinde (Gottlieb-Abtragung ders.) durch Morphium vielleicht zu empfehlen.

2. Theorie der Gehirnerschütterung. Diese könne ebenso wie durch äussere Gewalt auch durch plötzliche Injection von Flüssigkeit (Apoplexie) erzeugt werden. Eine Schädigung der Leitung (Pons und Medulla) könne auch eine gewisse scheinbare Bewusstseinsstörung verursachen. Kocher nimmt auch hierbei directe Schädigung der Hirnsubstanz (auch ohne Vermittelung des Liquor cf. Tilanus) an.

Durch hydraulische Pressung wirke jede den Schädel betreffende Gewalt im Sinne einer Sprengung, gleichviel ob der Schädel Wasser oder Gehirn enthalte. (Schiessversuche). Ferrari fand in auf Kocher's Anregung angestellten Experimenten, bei denen er Deckgläschen an verschiedenen Stellen im Schädel (mit Gehirn oder Gelatine gefüllt) anbrachte und sie dann der Gewaltwirkung aussetzte Folgendes:

1) Wenn ein Trauma direct die Schädelwand trifft, so entsteht im Schädelinneren eine Kraft, die von innen nach aussen wirkt.

2) diese Kraft wirkt auf alle Punkte des Inhalts.

3) sie rührt gemäss ihrer Actionsweise von der Entwickelung des hydrostatischen Druckes her.

4) Die Intensität dieser Kraft steht in directem Verhältniss zur Stärke des Trauma und in umgekehrtem zur Dicke des Schädels.

5) Sie entwickelt sich in höherem Maasse in der Richtung der Einwirkung des Trauma.

6) Dieser hydrostatische Druck kann mit grosser Wahrscheinlichkeit als Ursache der Symptome der Commotio angesehen werden.

Bedeutungsvoll für die Klinik sei, dass danach die Commotio nicht immer das gleiche Bild zu erzeugen braucht, sondern in der That Herdsymptome hervorrufe d. h. Zeichen stärkerer localer Schädigung z. Th. abhängig von der Richtung der Intensität des Stosses und den Widerständen.

Unter Commotio könne man somit verstehen (pag. 455) eine blos mikroskopisch erkennbare Quetschung kleinster Theile der Hirnsubstanz, über einen grösseren Bezirk ausgebreitet durch Fortleitung des Stosses innerhalb der Hirnsubstanz selber sowohl, als auch unter Vermittelung des liquor cerebrospin.

3. Die Diagnose der verschiedenen Formen traumatischer Hirnlaesion sei oft nur nach längerer Beobachtung zu stellen. Von Bedeutung sei ja hier die Art der Bewusstseinsstörung (zunehmend oder nicht) und der Puls. Es könne aber auch die Bewusstseinsstörung bei Commotio gelegentlich von vorn herein absolut und bei Compressio nur unvollständig sein. Auch der Puls gebe nicht sicheren Anhalt, so z. B. im Stadium des Ueberganges (instructives Beispiel 5 cm. dicker Bluterguss ohne klassische Drucksymptome!) Besteht zugleich Quetschung des Hirns, so kann die Temp. erhöht sein und finden wir dabei einen Puls von 60—70 so ist er relativ verlangsamt. Es kann auch der Druck so schnell einsetzen, dass sofort Vaguslähmung eintritt. Auch die Stauungspapille ist bei traumatischem Hirndruck eine ephemere Erscheinung. Am bedeutungsvollsten seien immer die auch von Bergmann betonten Herderscheinungen Hemi- und Monoplegien, oft mit Reizerscheinungen combinirt. Es lassen sich Contusio, Compressio und Commotio nach den bisherigen Anschauungen nicht mit Sicherheit differenziren. Ja es erscheine geradezu gefährlich sich auf das classische Symptomenbild zu verlassen.

Für Commotio sei somit charakteristisch: die unmittelbar sich an das Trauma schliessende wenn auch partielle Bewusstseinsstörung, die schliesslich abnehme. Besonders deutlich wenn keine Herdsymptome vorhanden sind.

Bei Contusio finden sich Herdsymptome unmittelbar nach dem Trauma ohne oder fast ohne Bewusstseinsstörung. Bleiben die Symptome isolirt, so wird die Diagnose immer sicherer. Es treten jedoch die Erscheinungen der Resorption des Quetschungsherdes hinzu und verwischen das Bild oft.

Compressio cerebri diagnosticiren wir wenn ein freies Intervall zwischen Trauma und Symptomen liegt. Dabei sei es gleich ob Herd- oder sogen. allgemeine Drucksymptome oder Störungen des Sensoriums etc. auftreten.

Praktisch combiniren sich alle 3 leider oft, wo die Schwierigkeiten sehr gross werden, was umsomehr zu bedauern, da es ein Kunstfehler sei einen Menschen an Hirndruck sterben zu lassen. Hier sei zu bemerken dass die Compressio im Rahmen der ersten Erscheinungen zunehme. Die Commotio und Contusio führe zum Tode nicht durch Steigerung des Sopor etc. sondern durch Fieber Circulations- und Respirationsstörung oder Hirnerweichung. Man hat also die Trepanation auszuführen: wenn bei primärer Commotio die Bewusstseinsstörung zu- statt abnimmt, oder nach Contusio hinzutritt, und die Herdsymptome ausgedehnter werden «sobald nicht mit Sicherheit diese Erscheinungen auf Contusion od. Commotio zurückgeführt werden können» sondern auf Druck. Auch dann ist zu trepaniren wenn ausser der Bewustseinsstörung andere indirecte Drucksymptome (Medulla, Vagus) zu den directen Herderscheinungen hinzutreten.

4. Theorie des Hirndrucks. K. geht in seinen Betrachtungen hier von den Beobachtungen an der comprimirten Meningocele und an extraduralen Haematomen aus. Es treten zuerst locale Erscheinungen auf. Die Raumbeschränkung äussert ihre Wirkung zuerst an den Venen (nicht an den Capillaren wie Bergmann will, da in ihnen die Spannung mit den Widerständen wächst). Die Cerobrospinalflüssigkeit wird erst den Druck übertragen, wenn sie nicht mehr abfliessen kann, d. h. wenn die Abflusswege verlegt sind. Durch Erhöhung des Blutdruckes wird zeitweise diese Störung compensirt. Dieses erste Stadium gesteigerten intracraniellen Druckes kann man als das Stadium der vollkommenen Compensation bezeichnen; Symptome: Stauungspapille, Kopfschmerz,



Erregbarkeit, Unruhe. Das 2-te Stadium unvollkommener Compensation beginnt mi Herdsymptomen, wenn ein mit bekannten Functionen betrauter Hirntheil von dem Druck zuerst betroffen werde: — Es treten zuerst die directen localen dann die indirecten allgemeinen Drucksymptome auf: Es folgt auf die Lähmung bestimmter Gebiete die allgemeine Bewusstseinstörung (Rinde); hierbei bleiben die Symptome oft stehen bis zum Collapsstadium oder es schiebt sich noch ein Stadium der Medulla- und Vagusreizung mit Wirkung auf Athmungs- und Circulationscentrum ein. Durch Reizung des letzten kann die Katastrophe noch hinausgeschoben werden — ja es kann sogar vorübergehende Besserung eintreten.

Kocher ist in seiner Theorie Eklektiker indem er bald Bergmann bald Adamkiewicz — den beiden Gegnern — Recht giebt. Immer aber folgt er seiner eignen Beobachtung, die er an der Hand der namentlich in experimenteller Hinsicht reichlich benutzten Litteratur erklärt und deutet. Namentlich erscheint das Streben sog. Allgemeinerscheinungen in ihrer physiologischen Dignität zu prüfen, auf die Möglichkeit ihrer Localisation hinzuweisen, uns ein Schritt vorwärts in der Erkenntniss dieses schwierigen Capitels.

II. Zur Kenntniss der traumatischen Epilepsie. (Ibidem. Bd. 36).

Kocher steht im Gegensatz zu Bergmann hier auf dem Standpunkt Horsley's. Er will alle traumatischen Epilepsien der chirurgischen Therapie zuweisen. Namentlich an secirten Fällen könne man die Indicationen studiren. Den epileptischen Insult namentlich bei der Jackson Ep. fasst R. auf als eine durch plötzliche intracranielle Druckschwankung und daherige Circulationsstörung zu Stande gekommene Commotio cerebri bei abnormer, anatomisch begründeter Erregbarkeit gewisser Gehirnabschnitte — speciell im Bereich der Hirnrinde. — Die Disposition wird gegeben durch eine bleibende oder vorübergehende Spannung des Liquor cerebrosp. Diese Spannung hängt, wie Experimente anderer und eigne Beobachtungen zeigen, wesentlich ab von dem Blutdruck. Verengerung der Arterien vermindert, Stauung der Venen vermehrt sie.

Allgemeine Drucksteigerungen werden sich an dem am wenigsten compressiblen Liquor am ehesten zeigen. Da nun bei der Jackson-Ep. nach Trauma Ansammlungen von Liquor, sei es als Ersatz grösserer resorbirter Zertrümmerungsherde (Porencephalie), sei es in Cysten im Narbengewebe stattfinden, so sind hier Orte gegeben an denen ein vermehrter Blutdruck sich in besonderer Weise, als Reiz äussern wird. Beobachtungen von Vorwölbungen vorhandener oder gesetzter Trepanationslücken zeigen in einer Reihe von Fällen solche Drucksteigerungen. Auch Verminderungen des Blutdrucks können sich in solchen geschädigten (z. B. einer Cyste anliegenden) Hirnprovinzen geltend machen. Plötzliche Circulationsstörungen setzen hier nicht blos allgemeine Störung, sondern hier wo ein locus minoris res. vorhanden ist — Reizerscheinungen localer Natur. — Es kann diese Disposition also ein Individuum durch gesteigerte Erregbarkeit der motorischen Region der Grenze der Compensationsstörung durch vermehrte Spannung näher rücken. Dass die Spannung thatsächlich vermehrt sein kann, zeigen mehrere in extenso wiedergegebene Beobachtungen. Gemäss dieser Theorie der Epilepsie die vornehmlich (wie es Ref. scheint) Rücksicht nimmt auf Fälle von Cystenbildung (Porencephalie) hat Kocher einschlägige Fälle behandelt. Er hat in einer Reihe von Fällen porencephalische (traumatische) Herde Epileptischer aufgesucht — eventuell den Ventrikel eröffnet und eine Dauerdrainage eingerichtet — und mit glänzendem Erfolg. Der Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit versiegte unter Einwirkung des chron. Reizes (od. Jodinjection). Mit der Entlastung schwand die Epilepsie.

Auf die Einzelheiten hier einzugehen verbietet der schon bei weitem überschrittene Raum eines Referates. Das was Kocher an literärischem Material, an eigenen Beobachtungen an Deutung und Verwerthung derselben auf 158 Seiten gegeben, will im Original gelesen werden. Namentlich die Krankengeschichten athmen in ihrer ursprünglichen, augenscheinlich ohne jede redactionelle Aenderung gegebenen Form so sehr Wahrheit und klinische Luft, dass ihre Lectüre dem Leser ein lebendiges Bild des Wirkens des Meisters giebt. — Kochers Arbeit ist ein Markstein in der Lehre der Hirnphysiologie und Pathologie. Zoege.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Peters: Die Kurorte. (Medicin. Bibliothek № 22 bis 26). Leipzig, C. G. Neumann. Mk. 2,50.

Das Büchlein soll dem praktischen Arzte eine Anleitung zur Wahl eines für den einzelnen Krankheitsfall geeigneten Kurortes in Deutschland, Oesterreich-Ungarn oder der Schweiz geben. (Dass die italienischen und französischen Orte ganz unberücksichtigt geblieben, sind ist sehr zu bedauern). Genannt sind die Bäder, Heilquellen, Wasserheilanstalten, klimatischen Kurorte, Sommerfrischen und Privat-Heilanstalten in alphabetischer Reihenfolge und in einer anderen Ordnung den Indicationen entsprechend. Die einzelnen Artikel enthalten ziemlich ausführliche Daten über die Höhe des Ortes Charakter des Klimas, Eigenschaften der Quellen und endlich sind auch Wohnungs- und Verpflegungsverhältnisse in gebührendem Masse erwähnt, so dass das Büchlein als ein durchaus brauchbarer Rathgeber angesehen werden kann.
K.

M. Seiffert: Technische Anleitung zur mikroskopischen Diagnostik für den Gebrauch in der ärztlichen Praxis. (Medicinische Bibliothek für pract. Aerzte № 7—12). Leipzig, C. G. Neumann. Mk. 3.

Bei der grossen Bedeutung, die jetzt das Mikroskop für den praktischen Arzt gewonnen hat, kommt ein Buch, wie das vorliegende demselben stets zu statten. Es ist das Product reicher praktischer Erfahrung des Verfassers, zeichnet sich durch seine Kürze und doch Reichhaltigkeit aus. Im allgemeinen Theil werden das Mikroskop, seine Hülfsinstrumente, d. Reagentien, Farbstoffe und Färbemethoden besprochen. Der specielle Theil behandelt in systematischer Weise das Blut, Exsudate und Transsudate, den Nasenschleim, Auswurf, Mundhöhlen- und Mageninhalt, Faeces, Harn, Secrete der Genitalorgane. Milch, etc. Dem Text sind 84 ganz vortrefflich ausgeführte Abbildungen beigefügt, welche nach Originalpräparaten mit Anwendung des Zeichnenprismas entworfen und in natürlichen Farben dargestellt sind. Das Werkchen wird sich wohl bald beim praktischen Arzte Eingang verschaffen.
K.

Dr. Carl Schröder's «Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane». Elfte Auflage. Umgearbeitet von M. Hofmeier. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel 1893.

Wem ist das Schrödersche Lehrbuch nicht bekannt? Generationen von Studirenden der Medicin haben aus demselben ihre gynäkologischen Kenntnisse geschöpft und so manchem Arzte ist dasselbe ein unentbehrlicher Rathgeber geblieben.

Einer Empfehlung bedarf ein solches Buch selbstredend nicht und verfolgen diese Zeilen auch nur den Zweck, die Leser auf das Erscheinen der elften Auflage aufmerksam zu machen. Hat vorliegendes Lehrbuch in der neuen Auflage auch manche nicht unwesentliche Veränderungen und Ergänzungen erfahren müssen, um es auf der Höhe der Wissenschaft zu erhalten, so haben in derselben die speciellen Ansichten Schröder's jedoch in dankenswerther Weise gebührende Berücksichtigung erfahren. Es ist daher dieses Werk in seiner vorzüglichen kritischen Bearbeitung ganz dazu geeignet den Wunsch des Verf. zu erfüllen und «das Andenken Schröder's unter den Fachgenossen lebendig zu erhalten.»
Dobbert.

Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Vierte Sitzung.

Donnerstag, den 2. September 1893. 1 Uhr Mittags.

1. Herr Dr. O. Klemm war amtlich verhindert auf dem Congress zu erscheinen, somit musste sein Vortrag «Ueber Mischinfectionen bei Osteomyelitis» fortfallen.

2. Herr Dr. J. Krannhals—Riga spricht «Ueber Pyocyaneus-Infectionen». Vortragender berichtet über zwei Krankheitsfälle, bei denen es sich höchst wahrscheinlich um eine durch den Bacillus pyocyaneus hervorgerufene Allgemeinerkrankung gehandelt habe. Solche Erkrankungen gehörten in das Gebiet der Septicaemien; trotz des relativ nicht all'zu seltenen Vorkommen's des blauen oder grünen Eiters seien jedoch die Infectionen mit demselben seltene. In der Literatur habe Vortragender bis jetzt nur 7 Beobachtungen mitgetheilt gefunden (von Ehlers, Neumann, Oettinger und Karlinsky). Nach kürzerem Referat über diese Beobachtungen giebt Vortragender ausführlich die Krankengeschichte eines zur Zeit der Influenza-Epidemie im Winter 1889—90 im Stadt-Krankenhaus zu Riga vorgekommenen Falles (unterdessen mitgetheilt in der «Deutschen Zeitschrift für Chirurgie»). Hier habe die Allgemeininfection ihren Ausgang von der rechten Pleurahöhle, an der wegen Empyem eine Rippenresection ausgeführt worden war, genommen. Nach vollkommen günstigem Verlauf des Empyems post operationem,

sei, nachdem Patient schon mehrere Tage umher gegangen, plötzlich Fieber, Durchfall, grosse Prostration der Kräfte, Benommenheit des Sensorium's aufgetreten, unter welchen Erscheinungen Patient nach 11 Tagen gestorben sei. Die Section habe einen schmierigen braungrünlichen, aromatisch riechenden Belag auf den Pleurablättern der rechten Seite ergeben, dann frische beginnende Mediastinitis und Pericarditis, acuten Milztumor und eine hämorrhagische Enteritis, welche sich vorzugsweise auf dem Ende des Ileums localisirt habe. Die bakteriologische Untersuchung habe ergeben, dass im Pericardialexsudat, dem Milzsaft und dem mediastinalen Exsudate der Bacillus pyocyaneus in Reincultur vorhanden gewesen sei. Einen zweiten Fall habe Vortragender in diesem Sommer gesehen. Es habe sich um einen kräftigen Mann gehandelt, der unter typhusähnlichen Syptomen, anfänglichen blutigen Durchfällen und schwerer Benommenheit des Sensoriums erkrankt war. Die klinische Diagnose lautete «Typhus abdominalis, Meningitis?» Bei der Obduction habe sich acute haemorrhagische Enteritis, Milztumor, Hyperaemie der Pia und der Hirnsubstanz, auf der Rückenhaut einige haemorrhagische Pusteln gefunden. Namentlich der Darmbefund habe so dem des ersten Falles geglichen, dass Vortragender gleich bei der Section die Vermuthung ausgesprochen habe, es könne sich möglicher Weise um eine Pyocyaneus infection handeln. Diese Vermuthung sei durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt worden. Typhusbacillen seien nicht gefunden worden; hingegen neben einer Reihe anderer Bakterien reichlich Pyocyaneusstäbchen, auch wieder am reichlichsten in der Milz.

Den bisher bekannt gewordenen Krankheitsfällen gemeinsam seien für die Diagnose verwerthbare Momente: 1) plötzlicher Eintritt von Fieber resp. schnelle Exacerbation einer aus anderen Gründen schon vorhandenen erhöhten Körpertemperatur; 2) typhöser Zustand; 3) eine acute nicht selten hämorrhagische Enteritis; 4) in einzelnen Fällen eigenthümliche Affectionen der Haut in Form schnell nekrotisirender haemorrhagischer Pusteln. Als constanter Befund habe sich an der Leiche eine acute Enteritis und ein acuter Milztumor präsentirt. Die klinischen Erscheinungen so wie die Sectionsbefunde seien mit den Befunden übereinstimmend, die man bei Thieren gelegentlich experimenteller Maladie pyocyanique gewonnen habe. Gegen den Bac. pyocyaneus als pathogenen Pilz seien namentlich von Tangl und von Schimmelbusch Einwände erhoben worden. Diese Einwände mit dem bisher bekannt gegebenen Material zu widerlegen, sei vorläufig nicht möglich (cf. Näheres in der citirten Arbeit). Was speciell den Einwand betreffe. der Pyocyaneus komme sehr häufig in Leichentheilen als Saprophyt vor, so habe Vortragender unlängst mit einer grösseren Reihe von bakteriologischen Leichenuntersuchungen begonnen, welche sich in erster Linie auf den Darminhalt und die Milz bezögen. Diese Untersuchungen, die sich auf alle in Leichentheilen vorkommenden, verflüssigenden und grünen Farbstoff bildenden Bakterien erstrecken sollen, seien noch nicht abgeschlossen, doch lasse sich aus dem bisher Constatirten jedenfalls schon jetzt entnehmen, dass der Bac pyocyaneus **nicht** zu den häufiger vorkommenden Saprophyten gehört.

An die Möglichkeit des Vorliegens einer Pyocyaneusinfection ist zu denken, wenn bei einem Kranken mit blauer oder grüner Eiterung plötzlich Fieber, schwere nervöse Erscheinungen, Durchfälle und vielleicht auch noch Hautaffectionen in schneller Folge sich entwickeln. Die Diagnose einer kryptogenetischen Pyocyaneusinfection dürfte während des Lebens kaum zu stellen sein, es sei denn durch die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes der hämorrhagischen Hautblasen in den Fällen, wo solche vorhanden. Doch sei diese Diagnose eine unsichere, da Pyocyaneus in Hautblasen sich auch vorfinden könne, ohne dass es sich um eine Pyocyaneus-Allgemeininfection handelte.

Discussion:

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Schimmelbusch bestreite die Virulenz des Pyocyaneus in den citirten Fällen nicht: er betone nur die Seltenheit dieser Fälle gegenüber der grossen Masse von Fällen grüner Eiterung ohne alle Schädigung des Gesammtorganismus. — Vor 2 Jahren habe ca. 2 Monate hindurch in der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses eine Endemie von grüner Eiterung bestanden, die eine grosse Anzahl von Kranken mit stark secernirenden Wunden betraf — in keinem einzigen dieser Fälle sei eine Schädigung des Gesammtorganismus nachzuweisen gewesen.

b) Herr Dr. J. Krannhals: Die Seltenheit von Pyocyaneusinfection gegenüber der Häufigkeit seines Vorkommens könne nicht als Argument gegen seine Pathogenität überhaupt angeführt werden. Tausende von Furunkeln, Panaritien-Phlegmonen, welche durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufen werden, führen nicht zu Allgemeininfection. Finden wir jedoch den Bac. pyocyaneus in Fällen von Pyocyaneus-Septicämie, so werden wir wohl keinen Augenblick daran zweifeln, diesen als Erreger der Allgemeininfection anzusehen. Schimmelbusch leugne ja nicht die Pathogenität überhaupt, sondern nur für den Menschen.

c) Herr Dr. E. Fischer-Sagnitz fragt, ob bei den vom Collegen Krannhals referirten Fällen im Stuhl, in der Milz und dem Darm Typhusbacillen vorhanden waren oder nicht, sowie ob mit den Pyocyaneusculturen Thierversuche angestellt worden seien.

d) Herr Dr. J. Krannhals: In dem früheren vor 2 Jahren beobachteten Falle habe Vortragender keine Typhusbacillen in den Organen gefunden. Die mit den Culturen angestellten Thierversuche ergaben den gewöhnlichen Verlauf und Befund. Gelegentlich des zweiten Falles seien vom Vortragenden keine Thierexperimente gemacht worden, die Untersuchung der Organe auf Typhusbacillen des zweiten Falles sei noch nicht abgeschlossen[1]).

e) Herr Dr. H. Truhart erinnert daran, dass es verschiedene Arten des Bacillus pyocyaneus gebe und fragt an, ob sich der eigenthümliche Umstand, dass bei dem häufigen Vorkommen des grünen und blauen Eiters selten Allgemeininfectionen beobachtet würden nicht etwa auf verschiedene Virulenz der Varietäten der Bacillen zurückführen lasse und ob ein Unterschied in den pathogenen Eigenschaften des Bacillus «pyocyaneus α» und «pyocyaneus β» bisher hat festgestellt werden können?

f) Herr Dr. J. Krannhals: In Bezug auf die Pathogenität seien die beiden Varietäten des Bac. pyocyaneus als ziemlich gleichwerthig zu betrachten, so weit solches sich aus den bisherigen Veröffentlichungen schliessen liesse. — Es sei anzunehmen, dass die von den Bacillen producirten Toxine das eigentliche krankmachende Agens seien, denn bei Thieren liessen sich dieselben Erscheinungen auch durch Injection sterilisirter Culturen hervorrufen. Möglicher Weise schafft das Eindringen der Toxine in die Blutbahn erst den für die Bakterien günstigen Nährboden. Insofern habe Schimmelbusch durchaus Recht, wenn er den Bacillen invasive Eigenschaften abspreche.

g) Herr Dr. Kengsep theilte mit, dass einerseits Schimmelbusch, andererseits Maggiora und Gradenigo die Angabe gemacht hätten, dass weisse Mäuse und Ratten nach Injectionen von Pyocyaneus nach 10—24 Stunden, Kaninchen nach 24—36 Stunden eingegangen seien. Letztere Autoren hatten die Angabe gemacht die Bacillen nach den Injectionen im Blute wiedergefunden zu haben. Redner selbst habe die Beobachtung gemacht, dass der Pyocyaneus einen langdauernden profusen Schnupfen hervorrufen könne.

3. Herr Dr. G. Engelmann hält seinen Vortrag **«Ueber Actinomykose»**. (Der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Woch. Nr. 50, 1893 erschienen).

Discussion:

a) Herr Dr. Th. v. Schröder fragt an, ob untersucht worden sei, weshalb das Sehvermögen des Auges in dem erwähnten Falle verloren gegangen sei.

b) Herr Dr. G. Engelmann: Der Bulbus sei nach allen Seiten hin vollkommen frei beweglich gewesen, so dass ein Uebergreifen des Processes selbst als ausgeschlossen zu betrachten sei; eine ophthalmoskopische Untersuchung sei nicht vorgenommen worden.

c) Herr Dr. H. Truhart erwähnt, dass Prof. Partsch einen bisher ganz allein dastehenden Fall der Literatur übergeben habe, in welchem das Auge durch die Actinomycosis mitergriffen worden sei, und zwar in der Weise, dass es sich hierbei nicht nur um die bei Actinomycose häufig secundär auftretende oedematöse Schwellung der Augenlider, sondern um einen vollständig isolirten Heerd der actinomycotischen Geschwulst im Auge gehandelt habe.

4. Herr Dr. Th. v. Schröder — St. Petersburg hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperationen»**:

Das von Fukala 1890 begonnene operative Verfahren bei hochgradiger Myopie sei mit gutem Erfolge von vielen Seiten nachgeprüft worden und habe Vortragender der Versammlung praktischer Aerzte seine Erfahrungen vorlegen zu können geglaubt, da gerade diese als Vertrauensärzte oft zu Rathe gezogen würden in den traurigen Fällen von hochgradiger Myopie. Es seien bisher 70 Augen von den Autoren operirt worden mit einem Verlust, in welchem aber nicht zwei-, resp. dreizeitig, wie jetzt allgemein üblich, sondern einzeitig operirt worden sei (Valude). Alle Operateure seien darin einig, dass die Operation vollkommen berechtigt sei und gute Resultate gebe.

Im St. Petersburger Augenhospital seien bis jetzt 10 Fälle hochgradiger Myopie operirt worden: von Dr. Magawly 3, von Dr. Th. Germann 2, vom Vortragenden 5. — Die Patienten waren 17—35 Jahre alt, nur einer unter 20 Jahren (im Gegensatze zu der sonst aufgestellten Indication) 4 über 28 Jahre. Ihre Myopie betrug 14—24 D.; 3 mal unter 20 D, 7 mal

[1]) Die später vollendete Untersuchung hat ergeben, dass auch in dem zweiten Fall sich in den Organen keine Typhusbacillen gefunden haben (Dr. J. Krannhals).



über 20 D. Ihr Sehvermögen 0,1 bis fast 0,3. Demgemäss zeigten alle Patienten bis auf 2 mehr oder weniger hochgradige Veränderungen des Augenhintergrundes. Das Material war somit nach den sonstigen statistischen Angaben ein schlechtes; es waren nach ihrem Beruf 2 Lehrerinnen, 2 Beamte, 1 Landwirth, 1 Bäuerin, 1 unbeschäftigte Dame, 2 junge Männer, die ihrer Augen wegen keine dauernde Beschäftigung hatten finden können.

In Bezug auf's Operationsverfahren verweist Vortr. auf die von ihm 1891 veröffentlichte Arbeit dieses Thema betreffend. Es bestehe in: vorbereitender Iridectomie mit der Lanze; nach 4 Wochen ausgiebige Discission der Capsel; nach einigen Tagen oder einer Woche Herauslassung der gequollenen Linse. Nur bei stärkerer Quellung der Linse war eine Steigerung der Tensio bulbi zu bemerken. Der Operationsverlauf sei stets ein reactionsloser gewesen; ein paar mal seien leichte vordere Synechien bestehen geblieben. Abweichend von diesem Operationsverfahren sei 2 mal operirt worden: das eine mal des vorauszusetzenden Druckes wegen in Folge des höheren Alters des Pat. (37 J.) — mit dem Graefeschen Messer mittelst Lappenschnitts nach oben nach der Discission. Das zweite mal bei einem 17-jährigen Jüngling wegen Mikrophakia congenita (23 D. Myop. V=0,2.) Extraction mit der Capsel; die Linse war so beweglich, dass die Discission nicht gelang. Hier wurde das Sehvermögen 0,6, bei Hyp. = 9,0 D. und Ast 3,0 (H). In den übrigen Fällen seien gleichfalls gute Resultate zu verzeichnen; V=0,3—06. — Nur in einem Fall (Mann, von 32 Jahren Myop. = 24 D., der die Buchstaben schon etwas verkrümmt sah — Metamorphopsie — in Folge ausgedehnter choroiditischer Veränderungen, die wohl schon dicht an die Fov. centralis herangerückt waren) trat am 13 Tage post operationem eine Blutung in der Fov. centralis ein, die sich langsam resorbirte. Pat. sah schliesslich Finger in 1 Meter; er empfand dieses wenig erfreuliche Endresultat jedoch garnicht, da ihm auch vorher das Auge untauglich gewesen war.

Bei 4 Patienten sei längere Zeit nach der Operation verflossen, so dass über den späteren Verlauf berichtet werden könne. Bei Dreien hat sich das Sehvermögen gut gehalten, bei einem sank das Sehvermögen auf 0,2 — von 0,4 anfänglich, ex causa ignota; bei den übrigen Fällen müssen erst längere Jahre abgewartet werden. In dem Fall von Mikrophakie trat nach einem Jahr, nachdem sich das Sehvermögen vorzüglich gehalten hatte, von einem kleinen Irisprolaps aus, der sich nach der Operation gebildet hatte, eine eitrige Iridocyklitis auf und ging das Auge zu Grunde.

Von den Einwänden, die gegen diese Operation gemacht worden, sei der erste, dass die Accomodation durch die Entfernnug der Linse verloren gehe, absolut müssig, da die hochgradigen Myopen ihre Accomodation nie gebrauchen; ihr Verlust sei ihnen daher absolut gleichgültig. Ein zweiter Einwand, dass die Operation nicht nothwendig und man sich mit der Brillentherapie begnügen solle, sei ebenso falsch; die Operation soll ja nur in hochgradigen Fällen gemacht werden; in diesen würden eben starke Gläser nicht vertragen und schwächere brächten den Patienten keinen Vortheil. Wenn man erst die guten Resultate selbst beobachtet habe und die Freude und Dankbarkeit der Patienten erlebt habe, werde man zu der Operation rathen. Der Nutzen der Operation für die Patienten sei ein um so grösserer je jünger die Patienten seien. — Weiter sei eingewandt worden, die Operation erfülle ihren Zweck nicht (Wecker, Meyer), die Myopie schreite auch trotz Operation fort; jedoch werde durch die Beobachtung dieser Autoren die Weiterentwickelung der Myopie noch nicht bewiesen und sei auch nicht der Zweck der Operation das Aufhalten der Weiterentwickelung der Myopie; der Einwand somit auch nicht aufrecht zu halten. Für die Operation sei jedoch anzuführen, dass wenn auch in Zukunft die Hoffnung auf Hemmung der Weiterentwickelung der Myopie nicht in Erfüllung gehen sollte, dass je hochgradiger die Myopie werde, um so grösser der Nutzen der Aphakie für den Patienten sei. — Der schwer wiegende Einwand, dass ein ausser seiner Myopie normales Auge Gefahren ausgesetzt werde, sei freilich besonders genau zu erwägen.

Von den in Betracht kommenden 4 Eingriffen (vorbereitende Iridectomie, Discission der Capsel, Extraction der gequollenen Linse und Discission des Nachstaares) biete keine einzige für sich besondere Gefahren. Die Iridectomie gebe fast nie eitrige Entzündungen — man könne sie ja auch fortlassen; Schweigger u. Thier thäten solches immer, Pflüger vor dem 30. Jahre. Die Discission der Linse könne nur durch das secundäre Glaucom Gefahr bringen; doch sei bei guter Ueberwachung und rechtzeitiger Herauslassung der Linse die Gefahr zu vermeiden. Die Extraction mittelst Lineär-Schnitt biete wohl nur die Gefahr der Infection und Bildung vorderer Synechien, die zu Reizung und selten zu Secundär-Glaucom Veranlassung geben könnten. Die Infectionsgefahr sei jedoch bei diesem getheilten Operationsverfahren eine geringe und müsse sich bei gehöriger Antiseptik ganz vermeiden lassen (cf. unten). Die Discission des Nachstaares biete in noch höherem Grade die Gefahr der Infection, da das Discissionsmesser in den Glaskörper eindringe; hier sei Antiseptik noch wichtiger, aber auch nach Ansicht des Vortragenden noch sicherer zu erreichen. Wollte man jedoch durch diese Gefahr von der Discission des Nachstaares zurückschrecken, so müsste man solches auch bei den gewöhnlichen Fällen von Staar thun; jedoch werde sich wohl hierzu Niemand entschliessen wollen. Bei sorgfältiger Antiseptik seien also die Gefahren gering. Die Verluste, die bei den gemachten Operationen zu verzeichnen wären (Valude 1 Fall — Vortragender 1 Fall) seien spät nach gelungener Operation eingetreten; es seien beide Fälle direct ohne vorbereitende Iridectomie operirt worden. Der Fall des Vortragenden lehre, was auch bei der Operation der Altersstaare zu berücksichtigen sei, dass die Irisprolapse sorgfältig zu vermeiden seien; wenn vorhanden abgetragen und abgebrannt werden sollen.

Besonders zu erwähnen sei der Umstand, dass nach den Erfahrungen des Vortragenden und gegen die sonstigen Angaben die choroiditischen Veränderungen des Augenhintergrundes keine Contraindication gegen die Operation abgeben. Die aus theoretischen Ueberlegungen erwartete Netzhautablösung habe Pflüger sowohl als Vortragender nicht gesehen; auch nach Beobachtung von längerer Dauer (nach 2, $2^{1}/_{2}$, 2 und 3 Jahren). Netzhautblutungen seien bei choroiditischen Veränderungen die bis dicht an die Fovea centralis reichten zu erwarten, somit diese Fälle vielleicht auszuschliessen. Die Summe der vorstehenden Betrachtungen sei somit folgende:

1) Die Gefahr der Operation an sonst normalen myopischen Augen ist bei sorgfältiger Antiseptik und bei Einhaltung der angeführten Operationsmethode eine nur geringe.

2) Selbst bei bestehenden chorioretinalen Veränderungen des Augenhintergrundes ist eine retinale Blutung nur dann zu fürchten, wenn die Veränderungen bis dicht an die Macula heranreichten.

3) Die durch die Operation gesetzten Veränderungen am Auge erhöhen die Gefahren, denen solche Augen durch ihren Zustand ausgesetzt sind (Netzhautablösung, Choroiditis) nach den bisherigen Erfahrungen nicht.

4) Eine Abnahme dieser Gefahren durch Sistirung des Fortschreitens der Myopie und der Choroiditis ist bisher aber auch nicht bewiesen.

An der Berechtigung hochgradig myopische Augen zu operiren, sei nach diesen Ausführungen wohl nicht zu zweifeln. Operirt sollen werden Augen mit Myopie über 13—14 D, die Brillen nicht vertragen; operirt solle in möglichst jugendlichem Alter werden.

Da die Antiseptik von so grosser Bedeutung, so legt Vortragender zum Schluss seine Methode vor und empfiehlt sie warm, ohne gegen andere polemisiren zu wollen; sie sei den Arbeiten von Chibret (Arch. d'ophthal. 1892 T. XII, pag. 436 — Strohschein, Graefe's Archiv 39, I, pag. 256 1893 — Marthen (Deutschmann's Beiträge zur Augenh. XII 1893) entlehnt.

Sterilisation der Instrumente: wiederholtes Abwischen mit Aether-Alcohol āā, Einlegen derselben in eine 1 pCt. Lösung von Hydrarg. cyanat. auf 10 Min.; nochmaliges Abwischen mit dieser Lösung. — Einlegen in eine schwache Lösung von Hydrarg. cyanat. 1 : 1500, aus welcher sie ohne Abtrocknen zum Gebrauch genommen werden. — Nach Kümmel genüge schon Abwischen mit Aether-Alcohol die Instrumente zu sterilisiren — nach Chibret werde solches durch Liegen in 1 pCt. Lösung von Hydrarg. cyanat. gleichfalls sicher erzielt. Der Stahl werde durch Hyd. cyan. nicht, vernickelte Stiele jedoch wohl angegriffen, letztere seien somit zu vermeiden.

Reinigung des Operationsfeldes: Vollbad am Tage der Operation mit viel Seife. Cocainisirung des Auges mit steriler oder mit Hydrarg. cyanat. (1 : 1500) präparirter 5 pCt. Cocainlösung, Waschen des Auges und seiner Umgebung mit neutraler Seife; besondere Aufmerksamkeit sei dem Lidrande und den Cilien zu schenken. Das Secret der Meybomschen Drüsen werde ausgedrückt. Abspülen der Conjunctiva mit Lösung von Hydrarg. cyanat. 1 : 1500, mit recht starkem Strahl und Abtupfen. Abwischen mit Wattebausch und derselben Lösung; bis zur Operation bleibt das Auge mit feuchter Watte bedeckt. Strohschein habe nachgewiesen, dass die Cilien nach solcher Reinigung frei von Keimen waren, wenn vorher wenig Keime an ihnen nachgewiesen worden, wenn viel solcher vorhanden waren, so blieben um so weniger nach je besser und länger man reinigte. Der Lidrand sei besonders zu berücksichtigen, weil er nach Marthen als die hauptsächliche Quelle der Infection anzusehen sei.

Die Anwendung eines Antisepticums sei zu empfehlen; da jedoch von sonst in der Chirurgie mit Erfolg gebrauchten keines, ausser Sublimat 1 : 5000, mit welchem in den letzten 10 Jahren in der St. Petersburger Augenheilanstalt gute Resultate erzielt worden, anwendbar, habe Vortragender in letzter Zeit die Lösung von Cyanquecksilber 1 : 1500 gebraucht, weil sie noch weniger reize, als das Sublimat; nur zur Compr. echauffante könne es nicht empfohlen werden, weil es ebenso bisweilen Eczem mache wie Sublimat. 24 Stunden nach Reinigung des



Auges mit physiologischer steriler Kochsalzlösung nach Empfehlung von Strohschein, sei nach Marthen die Anzahl der Keime am Lidrande und der Conjunctiva eine bedeutende, weshalb dieses Verfahren nicht zu empfehlen.

Das operirte und mit CyHglösung abgespülte Auge werde mit einem mit dieser Lösung angefeuchteten Marly-Läppchen bedeckt und mit sterilisirtem Material verbunden. Vortragender lasse den Verband das erste mal 24 Stunden liegen, wechsle später 2 mal täglich; längeres Liegenlassen sei nach den Untersuchungen von Marthen nicht gerechtfertigt, da in diesem Fall schnelle Entwickelung der Keime nachgewiesen wurde. Die zu brauchende Atropin- oder Hyoscinlösung sei mit CyanHg und NaCl. (1:7000) zu bereiten.

Eine Reinigung der Hände des Operateurs nach Fürbringer halte Vortr. nicht für durchaus nothwendig, da die Finger des Operateurs weder mit dem Auge noch mit den Theilen der Instrumente in Berührung kämen, die das Auge berührten, somit halte er die einfache gründliche Reinigung für genügend. Die seit Kurzem nach dieser Methode gemachten Operationen hätten auffallend günstigen und reizlosen Verlauf dargeboten und könne Vortragender bei diesem Verfahren mit voller Berechtigung den versammelten Collegen die Operation bei hochgradiger Myopie empfehlen.

Discussion:

a) Herr Dr. A. Lenz vermisst unter den angeführten Antisepticis das Jodoform; er wende es mit Vorliebe bei allen Eingriffen am Bulbus an und halte es für das sicherste Schutzmittel gegen etwaige Infectionen, namentlich auch Seitens des Thränennasencanalsecrets, vor dem man nie ganz sicher sein könne. Unter dem Schutze des Jodoforms könne man den Verband auch 3 Tage liegen lassen; nur bei subjectiven Beschwerden wechsele er früher.

b) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Gegen die Anwendung des Jodoforms sei nichts einzuwenden, doch müsse das Auge vorher in angegebener Weise gereinigt werden. Nothwendig sei die Anwendung jedoch wohl nicht. Der Verbandwechsel reize an sich nicht, sei jedoch nothwendig zur Reinigung des Auges.

c) Herr Dr. Jaesche hält dafür, die Augen nicht immer 3 Tage verbunden liegen zu lassen; auch er wende Jodoform an; oft reizen schon angesammelte Thränen, er wechsele den Verband dann schon nach 6—8 Stunden, ziehe jedoch nur das untere Augenlid ab, lasse die Thränen ab, pudere wieder mit Jodoform und verbinde frisch.

d) Herr Dr. Max v. Middendorff führt an, dass es auffallend gewesen sei, dass auf dem Heidelberger Ophthalmologen-Congress 1892 alle Collegen die die Operation bei hochgradiger Myopie ausgeführt hatten, sie warm empfahlen, während die Gegner solche waren, die sie nicht gemacht und nur theoretische Erwägungen gegen dieselben vorbrachten.

e) Herr Dr. Pacht: Die gegen die Anwendung des Sublimat angeführte Beobachtung von Hornhauttrübungen werde durch die Erfahrung an der Prof. Fuchs'schen Klinik aufgehoben, wo nach Anwendung von Sublimatlösung von 1:5000 nie Hornhauttrübungen beobachtet worden seien.

f) Herr Dr. M. v. Middendorff fragt, ob Vortragender nach Anwendung von CyanHg keine bleibenden Hornhauttrübungen beobachtet habe, wie sie dem Sublimat zugeschrieben würden.

g) Herr Dr. v. Krüdener erwähnt eine Arbeit vom vorigen Jahre, die die Wirkung des Sublimats experimentell darlege.

h) Herr Prof. Dr. E. Raehlmann schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Vortragenden an, betont die Gefahr der Netzhautablösung und die ungünstigen Aussichten bei vorhandenen Veränderungen des Augenhintergrundes.

i) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Valude habe freilich 2 Netzhautablösungen erlebt, die eine jedoch nach directer Extraction der Linse. Sonst sei von keinem Beobachter Netzhautablösung beobachtet worden. Die Gefahr sei freilich bei chorioiditischen Veränderungen des Augenhintergrundes grösser, doch sei durch die mitgetheilten guten Resultate auch bei vorhandenen Veränderungen des Augenhintergrundes die Operation als berechtigt anzusehen und gebe gute Resultate.

k) Herr Dr. Truhart: möchte, wenngleich ihm persönlich bezüglich des operativen Vorgehens bei hochgradiger Myopie nicht praktische Erfahrungen zu Gebote stehen, hier, wo demselben so warm das Wort geredet, wenigstens auch den Standpunkt der Gegner desselben, aus deren Zahl so mancher zu den hervorragendsten Ophthalmologen unserer Zeit gehört, gewahrt wissen. Beiläufig bemerkt, sei es nicht Fukala, welcher, wie hervorgehoben worden, zuerst bei hochgradiger Myopie die Linsenextraction in Anwendung zog. Dieselbe wurde schon vor ihm von Vacher in einer Reihe von Fällen geübt und diese operative Behandlungsmethode gegenüber der Brillentherapie warm befürwortet. Zunächst erwuchs ihm in Wecker ein Gegner, welcher hervorhob, dass nicht nur die Weiterentwicklung der Myopie durch die Linsenentfernung nicht gehemmt, sondern auch die Gefahren der Netzhaut-Blutung und Ablösung gesteigert würden. Auch Meyer schliesst sich dieser Anschauung an und betont die Erfahrung aus der Praxis, dass die Kurzsichtigkeit bei Personen, bei welchen schon in ihrer Kinderzeit zufolge angeborenen Staares die Discission vorgenommen worden, trotz dessen sich weiter entwickle. Hirschberg und Schöler sprächen sich gleichfalls gegen das operative Verfahren aus, das weitere Fortschreiten der Myopie würde nicht gehemmt und wenn auch Dank der heutigen Tags rationell geübten Asepsis und Antiseptik die Gefahren etwaiger Infection beim operativen Eingriff relativ sehr geringe, so erwüchsen doch durch die starke Linsenquellung nach stattgehabter Capseldiscission in Folge der erhöhten Drucksteigerung des Auges acute Gefahren für letzteres, fernerhin böten die häufig nicht zu vermeidenden vorderen Synechien nach der Linsenentfernung Disposition zu wiederkehrenden Reizzuständen des früher sonst normalen myopischen Auges, endlich seien aber bei weiterumsichgreifenden Veränderungen der Chorioidea Netzhautblutungen nach der Linsenextraction erst recht zu befürchten.

Was Pflüger's Stellung zur Linsenextraction bei Myopie anlange, so sei ihm nur bekannt, dass jener früher das Verfahren wohl geübt, aber später davon abgekommen sei [1]).

Bei der relativen Neuheit der Frage scheinen die Acten bisher jedenfalls noch nicht geschlossen.

l) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Vacher habe freilich früher das operative Verfahren eingeschlagen, als Fukala doch ohne dass letzterem solches bekannt war.

Die gemachten Einwände werden durch das stetig sich mehrende Material entkräftet. Das Fortschreiten der Myopie kann durch die Extraction der Linse wohl nicht aufgeschoben werden, je höher aber später die Myopie wird, um so grösser ist der Nutzen der Aphakie. Pflüger ist ein warmer Vertreter der Methode.

5. Der weit vorgeschrittenen Zeit wegen bittet der Praeses die Herrn DDr. Jaesche und v. Krüdener ihre Vorträge in der nächsten Sitzung halten zu wollen.

Die Vorträge werden auf die 5. Sitzung verschoben.

d. Z. Secretair: Dr. med. Ed. Schwarz.

75-jähriges Jubiläum des Deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg.

Am 21. Januar d. J. feierte der Deutsche ärztliche Verein zu St. Petersburg das 75. Jahr seines Bestehens. Entsprechend dem Charakter des Vereins als einer geschlossenen Gesellschaft mit beschränkter Mitgliederzahl war die Feier eine im Wesentlichen interne — als Gäste waren nur die Mitglieder des Ausschusses vom Allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte mit einer Einladung zur Theilnahme am Festessen beehrt worden. Es dürfte daher nicht angemessen sein, an dieser Stelle einen ausführlichen Bericht über die schöne und erhebende Feier zu geben. Nur sei es der Redaction dieses Blattes, das ja dauernde Beziehungen mit dem Verein unterhält, gestattet auch ihrerseits der verehrten Gesellschaft ihre wärmsten Wünsche für zukünftiges Gedeihen auszusprechen.

Als öffentliches Erinnerungszeichen an die Jubiläumsfeier ist im Auftrage des Vereins eine Festschrift herausgegeben worden. Sie ist von den DDr. Lingen, Amburger, Masing, Jalan—DelaCroix redigirt und enthält einen historischen Ueberblick der Thätigkeit des Vereins während der letzten 25 Jahre (der Bericht über die ersten 50 Jahre des Vereinslebens ist in einer 1869 erschienenen Denkschrift enthalten). Einem kurzen Referat der wissenschaftlichen Protokolle aller Sitzungen von 1869 bis jetzt folgt ein «zusammenfassender Rückblick», der «einige allgemeine Gesichtspunkte hervorheben und damit gewissermaassen das Facit über die Thätigkeit des Vereins geben» soll. — Nun, das «Facit» ist ein sehr befriedigendes und für den Verein höchst ehrenvolles. Alle die grossen und mannigfaltigen Fragen, die im letzten Vierteljahrhundert die Vertreter der medicinischen Wissenschaften bewegt haben, sind auch im Deutschen ärztlichen Verein in kürzester Frist nach ihrem Auftauchen erörtert, nachgeprüft, theilweise auch ihrer Lösung näher gebracht und erweitert worden. Das gilt ebenso von Specialdisciplinen (Fortschritte der Psychiatrie. Verwerthung des Augen-, Kehlkopfspiegels, des Cystoskops für die Diagnose und Behandlung der bezw. Organerkrankungen, Verbreitung und Bekämpfung der Syphilis und Lepra, mannigfache Fragen aus dem Gebiet der Kinderkrankheiten u. s. w.) als auch namentlich von den «als Wahrzeichen des letzten Vierteljahrhunderts bezeichneten» Antiseptik und Bakteriologie. Die jähen Umwandlungen, welche die Lister'sche Wundbehandlung gebracht hat, ergeben sich deutlich beim Vergleich der Sitzungsprotokolle im Beginn und am Schluss der in der Festschrift beschriebenen Periode des Vereinslebens; in drastischer Weise werden diese Umwalzungen auch durch charakteristische Aussprüche berühmter Aerzte

[1]) Siehe: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. 1892. Seite 405.

illustrirt. Ebenso sind die Bakteriologie und die moderne Epidemiologie im Verein eifrig studirt und in mancher Hinsicht gefördert worden; die Strömungen der Gegenwart haben auch den Deutschen ärztlichen Verein ergriffen. — Die drei ersten Vierteljahrhunderte des Vereinslebens sind in der Festschrift als empirisch-praktische, anatomisch-physiologische und ätiologische Periode unterschieden. Mit einem Ausblick auf die Zukunft — mit der Hoffnung, dass uns die nächsten 25 Jahre als «therapeutische» Periode die praktische Verwerthung der modernen Errungenschaften zur Heilung kranker Menschen bringen mögen, schliesst die historisch sehr interessante Schrift.

Auch wir schliessen diesen kurzen Bericht mit der zuversichtlichen Hoffnung, dass der Deutsche ärztliche Verein bei seiner Säcularfeier mit derselben Befriedigung und demselben berechtigten Stolz auf seine Thätigkeit zurückblicken möge, wie jetzt. W.

Vermischtes.

— Seine Majestät der Kaiser hat am 24. Jan. 1894 dem ord. Professor der therapeutischen Facultätsklinik, Geheimrath Sacharjin, in Anerkennung seiner besonderen Verdienste, den St. Alexander-Newski-Orden Allergnädigst zu verleihen geruht.

— Aus Wien kommt die Trauerbotschaft, dass Prof. Dr. Billroth, welcher zur Erholung auf einige Wochen nach Abazzia gereist war, daselbst gestorben ist. Ein Herzschlag hat seinem Leben ein Ziel gesetzt. Eine eingehende Würdigung der Verdienste des grossen Arztes, Forschers und Chirurgen um die medicinische Wissenschaft behalten wir uns für die nächste Nr. vor.

— Der ehemalige Dorpater Professor der Philosophie, Dr. Ludwig Strümpell in Leipzig, ist anlässlich seines 50-jährigen Docentenjubiläums zum Ehrenbürger der Stadt Leipzig ernannt worden. Die philosophische Facultät hat dem Jubilar am 12. Januar, an dem Tage, an welchem er vor 50 Jahren an der Universität Dorpat seine erste Vorlesung hielt, ihre Glückwünsche dargebracht.

— Am 31. Januar d. J., vollenden sich 40 Jahre seit der Entlassung der Studenten der medico-chirurgischen (gegenwärtig militär-medicinischen) Academie, welche im Jahre 1854 den Cursus absolvirt hatten. Von den 60 Zöglingen der Academie, die sämmtlich als Militärärzte sofort auf den Kriegsschauplatz geschickt wurden, sind gegenwärtig nur noch 7 am Leben, und zwar: 1) Dr. F. J. Piotrowski, beständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités; 2) Dr. J. P. Suworow, Militär-Medicinalinspector von Turkestan, 3) Dr. W. W. Lotin, Mil. Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks, 4) Dr. J. A. Duncan, Oberarzt der St. Petersburger Polizei, 5) Dr. E. W. Lwow, ehemaliger Gehülfe des Medicinalinspectors der Feldarmee; 6) Dr. P. W. Lebedew, früherer gelehrter Secretär des militär-med. gelehrten Comités und 7) Dr. A. A. Walther, früher Arzt im Ressort der Anstalten der Kaiserin Maria in St. Petersburg. Die grösste Zahl der Verstorbenen ist an Infectionskrankheiten zu Grunde gegangen, die sie sich bei Ausübung ihrer Dienstpflichten, namentlich im Krimkriege und im türkischen Feldzuge 1877/78 zugezogen hatten. Die obengenannten noch lebenden Glieder dieses Coetus haben ebenfalls sammtlich den Flecktyphus durchgemacht. (Wr.)

— Der Director des Medicinaldepartements, wirkl. Staatsath Dr. Ragosin hat sich am 24. Januar ins Ausland begeben, um an der in Paris stattfindenden internationalen Sanitätsconferenz zur Berathung der Massregeln gegen die Einschleppung der Cholera aus Asien theilzunehmen.

— Der Vorsteher der wissenschaftlichen Abtheilung des Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin, Privatdocent Dr. Pfeiffer, ist zum Professor ernannt worden.

— Auf Unterlegung des Ministers des Innern ist es dem Dr. med. der Pariser und Berner Universität Paul Jacoby Allerhöchst gestattet worden, die Direction der psychiatrischen Heilanstalt der Orel'schen Gouvernements-Landschaft zu übernehmen.

— Ernannt: Der Arzt des Patriotischen Instituts, Coll.-Ass. Dr. Taube — zum Director des Guboninschen Kinderasyls in St. Petersburg.

— Verstorben: 1) Am 9. Januar in Kamenez-Podolsk der dortige Arzt Dr. Anton Rolle im 63. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Kiew erhalten, worauf er sich sechs Jahre behufs weiterer wissenschaftlicher Vervollkommnung im Auslande aufhielt. Nach seiner Rückkehr nach Russland, liess er sich in Kamenez-Podolsk als Arzt nieder, wo er sich bald allgemeine Achtung und Liebe erwarb. R. hat sich auch einen Namen durch seine Arbeiten über die Geschichte Kleinrusslands und Polens gemacht, namentlich durch seine «Materialien zur medicinischen Topographie Podoliens». 2) In Rostow am Don der freipraktícirende Arzt Peter Jaschtschenko im Alter von 58 Jahren. 3) In Balta der freipraktícirende Arzt Leo Awerbuch im 30. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kischinew und hatte seine medicinischen Studien in Dorpat gemacht, wo er von 1882—88 studirte und den Arztgrad erlangte worauf er sich in Balta als praktischer Arzt niederliess.

— Prof. Dr. August Hirsch (Berlin), dessen Tod wir in der vorigen № d. Wochenschr. meldeten, war am 4. Oct. 1817 zu Danzig geboren und hatte in Berlin und Leipzig seine medicinische Ausbildung erhalten. Nach Erlangung der Doctorwürde in Berlin 1843 und Absolvirung des Staatsexamens wurde H. praktischer Arzt in Elbing, von wo er aber bereits nach 2 Jahren nach Danzig übersiedelte. Hier war es, wo er seine Forschungen über Malaria, Lungenschwindsucht, Typhus, Ruhr etc. anstellte und in verschiedenen med. Zeitschriften veröffentlichte. Daran schloss sich dann sein klassisches «Handbuch der historisch geographischen Pathologie» (I. Aufl. 1860—64; II. Aufl. 1881-84), welches die Quelle für alle historisch- und geographisch-pathologische Angaben in der med. Literatur geworden ist und seinen Weltruf als Epidemiolog begründete. Im J. 1863 wurde H. als ordentl. Professor der spec. Pathologie und Therapie an die Berliner Universität berufen, wo er neben seinem eigentlichen Lehrfach noch Geschichte der Medicin vortrug. Auch auf diesem letzteren Gebiet hat Hirsch grundlegend gewirkt, das beweisen seine «Geschichte der med. Wissenschaften in Deutschland», welche im vorigen Jahre erschien, und sein «Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker», das er mit Prof. Gurlt zusammen herausgab. Zu erwähnen wären noch seine zahlreichen Missionen zur Erforschung von Seuchen, so auch 1878/79 eine Abcommandirung seitens der preussischen Regierung in's Astrachansche Gouvernement zum Studium der Pest. In der letzten Zeit war Prof. Hirsch herzleidend und sah sich daher zur Ruhe gezwungen.

— Wie der «Wratsch» erfährt, hat der verstorbene Dr. E. Bary mehr als 6000 R. zu wohlthätigen Zwecken testamentarisch vermacht, darunter 500 R. für die Gesellschaft zur Unterstützung unbemittelter Studenten der mil.-med. Academie und eine grössere Summe für die von ihm gegründete Gesellschaft zur Unterstützung armer Kranken des Marien-Magdalenen-Hospitals.

— In nächster Zeit soll ein Concurs zur Besetzung des Postens des Oberarztes am Odessaer Stadthospital wieder ausgeschrieben werden. Seit einem Jahre leitet Dr. J. P. Sjenkewitsch-Kortschak als stellvertretender Oberarzt dieses Hospital.

— Am 12. Januar beging die Moskauer Universität ihren 139. Stiftungstag. Nach dem Rechenschaftsbericht der auf dem feierlichen Act verlesen wurde, betrug am 1. Jan. 1894 die Gesammtzahl der Studirenden 3693; dazu kommen noch 86 freie Zuhörer und 68 Apothekergehülfen. Der medicinischen Facultät gehören 1182 Studirende an. Im verflossenen Jahre haben 193 Medicinstudirende den Arztgrad erhalten; die medicinische Doctorwürde ist 10 Personen verliehen worden. Stipendien sind im Jahre 1893 im Gesammtbetrage von 145,924 Rbl. zur Vertheilung gelangt und zwar im I. Semester an 547, im II. Sem. an 546 Studirende zu 50 bis 600 R. Von Medicinstudirenden hat in diesem Jahre kein einziger eine Medaille erhalten.

— Die Zahl der Mitglieder das in Moskau stattgehabten IX. Congresses russ. Naturforscher und Aerzte belief sich auf 2170. An wissenschaftlichen Vorträgen und Mittheilungen sind in den 3 allgemeinen Versammlungen 10, in den 11 Sectionen aber 364 gemacht worden, davon die wenigsten in den 4 medicinischen Sectionen (83). Die Arbeiten des Congresses sollen diesmal nicht, wie anfangs beabsichtigt war, im Druck erscheinen, wodurch eine Ersparniss von ca. 8000 Rubel erzielt werden soll. Der nächste Congress wird in Kiew tagen.

— Auf Allerhöchsten Befehl ist der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg zum Bau eines Asyls für Lepröse von der Kaiserlichen Domäne im Jamburgschen Kreise die Datsche «Peleschski Obrjes» mit einem Areal von 280 Dessjätinen übergeben worden. Zum Bau des Asyls erhält die Gesellschaft ausserdem 7500 Balken und 10,000 Rbl. aus der Reichsrentei.

— Von den Kurgästen in Pjatigorsk wird künftig eine neue Steuer erhoben werden, die zur Pflasterung der Strassen und zu anderen Ausgaben für Verbesserung der hygienischen Verhältnisse der Stadt verwandt werden soll. Die Steuer wird im Betrage von 1 Rbl. pro Person, von Familien aber, welche aus mehr als 3 Personen bestehen, im Betrage von 3 Rubeln erhoben werden.

— Dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist von einer unbekannten Person eine Spende im Betrage von 10,000 Rbl. zugegangen.

— Wie die «Russk. Medizina» erfährt, beabsichtigt man in der militär-medicinischen Academie die Dauer der einzel-



nen Vorlesungen, welche gegenwärtig 1½ Stunden beträgt, auf eine Stunde zu verkürzen und zwischen den einzelnen Vorlesungen eine viertelstündige Pause festzusetzen.

— Zum zweiten Vicepräsidenten des preussischen Abgeordnetenhauses ist der Geh. Sanitätsrath Dr. Graf aus Elberfeld gewählt worden. Dr. Graf ist a. o. Mitglied des deutschen Reichs-Gesundheitsamtes und Vorsitzender des deutschen Aerztevereinsbundes.

— In Nangasaki hat sich eine Doctorin Marie Suganiana, welche an der Universität Ohio ihre Ausbildung erhalten hat, als Arzt niedergelassen. Sie ist der erste weibliche Arzt in Japan.

— An der deutschen Universität in Prag fanden seitens der Medicinstudirenden lärmende Kundgebungen gegen den Professor der Physiologie Dr. Hering statt, der bei den Prüfungen angeblich mit allzugrosser Strenge vorgegangen sei.

— Die Choleraepidemie in Russland weist nur noch im Gouv. Radom eine grössere Zahl von Neuerkrankungen auf, und zwar 50 Erkrankungen in der Woche vom 26. Dec. bis 1. Jan. 94. Auch in der Stadt St. Petersburg ist eine entschiedene Abnahme der Seuche zu constatiren. Während die Zahl der Cholerakranken in den Hospitälern St. Petersburg's am 19. Januar noch 38 betrug, ist sie am 26. Januar auf 16 gesunken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Januar d. J. 6413 (135 mehr als in der Vorwoche), darunter 252 Typhus — (18 mehr), 718 Syphilis — (59 mehr), 51 Scharlach (1 wen.), 34 Diphtherie — (8 weniger) 72 Masern — (2 wenig.), 18 Pocken — (2 wen.) und 48 Cholerakranke — (18 weniger).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle in Kreise Mossalsk (Gouv. Kaluga). Gehalt 1000 Rbl. und 200 Rbl. Fahrtengelder. Aerzte jüdischer Confession sind ausgeschlossen. Adresse: «Мосальская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Noworshew (Gouv. Pskow). Geh. 1200 R. jährl. Adresse: «Новоржевская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. Januar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
332	287	619	129	33	92	11	8	18	61	60	60	46	54	34	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 8, Diphtherie 21, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 26, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 29 Krankheiten des Verdauungscanals 60, Todtgeborene 14.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. Februar.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 28 Января 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, 5. (17.) Februar **1894**

Beiträge zur Nierenchirurgie

(Nach einem Vortrage gehalten auf dem V. livländischen Aerztetage*)

Von

Dr. med. W. Greiffenhagen.

Ordinator der chirurgischen Abtheilung am Diakonissenhause zu Reval.

M. H.! Die kurz bemessene Vortragszeit verbietet es leider in eingehender Weise über die Geschichte, und den Entwickelungsgang der Nierenchirurgie zu berichten, daher sei es mir gestattet, nur in gedrängter Kürze auf die Wandlungen hinzuweisen, die die Nierenchirurgie seit Simon erlebt hat und eine kleine Uebersicht über die jetzt üblichen Operationsmethoden zu geben. Wenn es in vorantiseptischer Zeit als Glücksfall bezeichnet werden musste, wenn ein Eingriff an inneren Organen, so auch an der Niere, ungestraft, d. h. nicht septisch verlief, so durfte man seit Lister's bahnbrechender Behandlungsmethode mit Sicherheit darauf hoffen, auch im Gebiete der inneren Chirurgie mit mehr Erfolg zu arbeiten. Und in der That eröffnete sich seit Uebung der Antisepsis gerade auf diesem Gebiete der Chirurgie ein ungeahnt reiches Feld der Thätigkeit. Vor allem war es die Chirurgie der Bauch- und Unterleibsorgane, welche ihre grössten Triumphe feierte; aber auch die Nierenchirurgie konnte in neue Bahnen geleitet werden. Nachdem Simon, damals noch ohne Mithülfe der Antisepsis, durch seine erste gelungene Nierenexstirpation den Grund zur modernen Nierenchirurgie gelegt hatte, wagten sich bald andere Operateure an dieses in chirurgischer Beziehung bis dahin wenig beachtete Organ. und es entwickelte sich unter dem Schutze der Antisepsis eine ganze Zahl methodischer Eingriffe. Wie überhaupt in der Chirurgie, so gewann auch hier die conservative Richtung mehr an Boden. Bei Erkrankungen einzelner Theile suchte man diese allein zu entfernen mit Erhaltung des Gesammtorganes, um so mehr, als man erst allmählich die oft verhängnissvollen Folgen der Totalexstirpation kennen lernte, welche durch Mangel oder Miterkrankung der anderen Niere begründet waren. So wurde im Laufe der Jahre eine Anzahl typischer Nierenoperationen ausgebildet, zu denen wir heute folgende zählen:

Die Nephrectomie, die Entfernung einer ganzen Niere, ist verhältnissmässig am häufigsten ausgeführt worden, weil ihr bisher das grosse Indicationsgebiet so ziemlich aller Nierenerkrankungen zu Gebote stand. Trauma und entzündliche Processe, Fremdkörper und Tumoren, Tuberculose und Syphilis haben Veranlassung zur Nephrectomie gegeben.

Die Nephrotomie fand Anwendung bei Hydro- und Pyonephrosis (hier auch in vielen Fällen die einfache Punction, respective Aspiration), bei Pyelitis purulenta und calculosa, Tuberculose der Niere ja selbst bei einfacher Nierenkolik, der sogenannten Nephralgie, deren Ursache sich auch bei der Operation nicht feststellen liess, wenngleich der Erfolg nach der Statistik von Tiffrary, in 21 Fällen, ein günstiger war. An die Nephrotomie schliesst sich die Eröffnung des Nierenbeckens allein, die Pyelotomie, wegen Eiterung und Steinbildung und weiterhin die Freilegung und Incision des Harnleiters, die Ureterotomie, ebenfalls zur Entfernung von Steinen, sowie auch neuerdings die Resection des Ureters wegen stricturirender Processe in der Wand desselben. Vielfach geübt wird die Anheftung wandernder Nieren an normaler Stelle, die Nephroraphie oder Nephropexie und in letzter Zeit hat man sich auch an die Resection innerhalb des Nierenparenchyms selbst gewagt Endlich erwähne ich unter den Eingriffen an der Niere die probatorische Freilegung des ganzen Organs

*) Hinzugefügt sind diesem Vortrage:
Ein Fall von Pyonephrosis (Nephrotomie).
Zwei Fälle von Wanderniere (Nephroraphia duplex).
Ein Fall von Wanderniere (Nephrectomie).
Auch sind einige textliche Veränderungen vorgenommen und die Krankengeschichten der beiden Fälle von Nephrolithotomie wesentlich gekürzt worden, weil sie in einer späteren Arbeit ausführlich behandelt werden sollen.

und die Probe-Incision der Niere, resp. die Probe-Excision kleiner Stückchen.

Die meisten dieser Operationen sind in grösserer Anzahl mit glänzendem Erfolge ausgeführt worden und haben sich daher eine bleibende Stellung im Gebiete der Nieren-Chirurgie erworben.

Es kann nicht meine Aufgabe sein, auf die Indicationen und die Technik aller dieser Operationen, sowie namentlich auf die ausserordentlich zahlreichen Modificationen der Schnittrichtungen zur Freilegung der Niere näher einzugehen. In den Handbüchern der Chirurgie findet sich das alles von berufener Feder skizzirt. Es sei mir nur gestattet, das kleine casuistische Material mitzutheilen, welches mir zur Illustration einzelner Nierenoperationen zu Gebote steht.

Zunächst erlaube ich mir über vier Fälle von Wanderniere zu berichten, in denen die Nephrorapie ausgeführt wurde.

Fall I. Ren mobilis dext.

Maddi M. leidet ausser mannigfachen hysterischen Beschwerden seit Jahren an Schmerzen, die von der rechten Nierengegend zum Unterleibe ausstrahlen, und hat seit längerer Zeit eine bewegliche Geschwulst im Leibe bemerkt. Die Schmerzen beginnen erst mit dem Heraustreten der Geschwulst. An Cardialgien, wie sie oft bei rechtsseitiger Wanderniere beobachtet wurden, hat Patientin nicht gelitten. Sie bittet um operative Hülfe, da Versuche mit Bandagen fehlgeschlagen. Aufnahme in das Diakonissenhaus 28. Aug. 92.

Stat. präsens. 38-jähriges, kräftig gebautes, aber mageres Mädchen. Gesichtszüge leidend, allgemeine Blässe, Anaemie. An den Organsystemen nichts Pathologisches. Die psychischen Functionen sind im Allgemeinen normal, nur fällt der Wechsel zwischen fröhlicher, humorvoller und sehr deprimirter Stimmung auf. In linker Seitenlage ein glatter Tumor von der Grösse einer normalen Niere freibeweglich in der Nabelgegend fühlbar, derselbe lässt sich mit Leichtigkeit bis zum Promontorium und bei stärkerem Druck selbst bis ins kleine Becken schieben. In Rückenlage kann man ihn sofort in die rechte Lumbalgegend reponiren, Harn normal tägliche Menge 1000—1500. Diagnose: Ren mobilis dext. Am 2. Sept. 92 wird in Morphium-Chloroform-Narkose die Caps. adiposa mit einem Schrägschnitt freigelegt. Eröffnung der Caps. adiposa, die sich als langer schmaler Sack präsentirt, innerhalb welches die Niere bei der Respiration auf und absteigt. Die Niere wird an normaler Stelle mit der Hand fixirt, die Caps. propria circa 2 Ctm. lang gespalten. Zwei Catgut- und drei Seidenfäden werden durch die Caps. propria und tief durch die Nierensubstanz geführt. Excision eines Stückes d. Caps. adiposa, Fixation der Niere am Periost der XII. Rippe und an den Weichtheilen (Fascia lumbodors., Quadr. lumb.). Die Caps. adiposa wird auch mit einigen Nähten fixirt. Schluss der Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Jodoformgazedrainage, Occlusivverband.

Nach der Operation ist kein Blut im Urin nachweisbar. Ziemlich intensive Schmerzen im Leibe, welche am dritten Tage, nach Entfernung des Verbandes sofort schwinden, um später mehrmals wieder zu exacerbiren. Am dritten Tage wurden wegen Eiterung zweier Stichkanäle die Nähte entfernt. Auch in der Tiefe einige Tropfen Eiter. Daher Weiterbehandlung mit Tamponade. Am achten Tage plötzlich Collaps. Puls 160. Temperatur normal. Absoluter Appetitmangel. Uebelkeit, Erbrechen, aber keine Empfindlichkeit im Leibe, kein Meteorismus. Stuhl vom fünften Tage ab nach Lavement. — Wenige Tage später steigt die Temperatur auf 38,8, und hält sich acht Tage zwischen 38,0 und 38,8. Währenddessen hat sich Oedem des linken Beines und Resistenz der linken Vena femoralis ausgebildet. Nach Abfall des Fiebers stellt sich der Appetit allmählich wieder ein. Oedem und Resistenz schwinden in 14 Tagen völlig. Die Wunde granulirt unter kaum merklicher Eiterung, die tiefen Nähte und Ligaturen stossen sich ab. Patientin wird am 10. Oct. mit feinem Granulationsstreifen an der Niere und mit fixirter Niere entlassen. Im December 93 bricht plötzlich eine acute Psychose mit Tobanfällen aus, welche sich allmählich bessert, doch ist Patientin auch heute noch nicht normal, die Beschwerden von Seiten der Niere sind geschwunden und die Niere — es sind seit der Operation 17 Monate verflossen — sitzt absolut fest.

Ob die Wundeiterung in diesem Falle auf Fehler in der Desinfection oder auf Infection von der Niere aus zurückzuführen ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Die weiteren Erscheinungen (Schmerz, Fieber, Oedem des Beines, Uebelkeit etc.) kann ich nicht anders als durch Annahme eines retroperitonealen Haematoms erklären, welches in Folge mangelhafter Drainage entstanden war.

Fall II. Ren mob. dext.

Die 30-jährige Anette C. will bis vor 3 Monaten gesund gewesen sein. Dann erkrankte sie an Cardialgien und Bruststichen, weswegen sie zweimal im Diakonissenhause mit vorübergehendem Erfolge behandelt wurde; nachdem rechts eine Wanderniere constatirt war, trug sie längere Zeit, jedoch erfolglos, eine Bandage. Aufnahme in die D.-A. 8. Jan. 93 Stat. präs.: 30-jähriges Mädchen von kräftigem Körperbau. Ernährungszustand mässig, Anaemie höheren Grades. Keine sonstigen Organveränderungen. Allgemeine neurasthenische Beschwerden. Patientin erhielt nach Kocher's Vorschlag 3 Tage hindurch je 3,0 Salol. Am 13. Januar wird unter Chloroform-Narkose mittelst des Simon'schen Längsschnittes die Capsula adiposa freigelegt. Der Eröffnungsschnitt der Capsula adiposa fällt zu weit nach aussen und eröffnet zugleich das Peritoneum. Naht der Peritonealwunde mit Catgut. Nun wird die Capsula adiposa näher zur Wirbelsäule hin eröffnet, und die sehr bewegliche sonst aber normale Niere nach Spaltung der Capsula propria in grosser Ausdehnung mit vier Catgut- und vier Seidennähten am Periost der zwölften Rippe und an den Weichtheilen (wie im ersten Falle) fixirt. Naht der Wunde, Drainage mittelst eines dicken Gummi-Drains, das bis zur Niere reicht. Glatter Wundverlauf. Nähte und Drain werden am 9. Tage entfernt, nachdem schon am zweiten Tage der durchtränkte erste Verband gewechselt worden war. I. intentio. Nach vierwöchentlicher Bettruhe verlässt Patientin geheilt die Anstalt. Bis jetzt ist die Niere fixirt, und die Beschwerden haben sich bedeutend gebessert.

Fall III und IV betreffen eine und dieselbe Patientin. Anna S. will seit 5 Jahren rechts einen beweglichen Tumor bemerkt haben. Subjective Klagen, Schmerzen in der rechten Schulter, Lebergegend und ausstrahlende Schmerzen im rechten Beine.

Am 25. September 93 Aufnahme in die D.-A. Diagn.: Rechtsseitige Wanderniere. Nephrorapie in der beschriebenen Weise. Keinerlei Complicationen in der Heilung. Drain am dritten, Nähte am neunten Tage entfernt. I intentio. Nach vierwöchentlicher Bettruhe wird Patientin mit fixirter Niere entlassen. Drei Tage nach der Entlassung treten heftige Schmerzanfälle mit Ohnmacht auf. Schmerzen im ganzen Unterleibe. Erst jetzt giebt Patientin an, auch früher links Schmerzen und unter dem linken Rippenbogen einen Tumor gefühlt zu haben.

Aufnahme am 21. November in die D.-A. Diagn.: Linksseitige Wanderniere (Fall IV). Patientin klagt über starke Schmerzen im Unterleibe. Die gynäkologische Untersuchung ergiebt Schmerzhaftigkeit des Uterus und der Ovarien. Massage. Nach Aufhören der Schmerzen linkseitige Nephrorapie am 25. November. Glatte Heilung. Entlassung. Die Patientin befindet sich noch eben wegen eines Frauenleidens in gynäkologischer Behandlung.

Die Nephrorapie ist eine jetzt vielfach geübte Operation und man wird wohl nach jeder Methode, deren es viele giebt, günstige Resultate erzielen, solange man es sich zum Grundsatze macht, die Capsula propria zu spalten und die Fixationsnähte durch Kapsel und Substanz zu führen, und zwar soll man sie tief durch das Parenchym führen, weil die Nierensubstanz sehr zerreisslich ist, und andere schädliche Folgen, etwa durch die Compression der Nähte bisher nicht beobachtet worden sind. Die Nephrorapie muss heutzutage bei richtiger Ausführung als harmloser Eingriff angesehen werden und sollte daher unbedingt und in allen Fällen die primäre Exstirpation der Wanderniere verdrängen. Diese käme nur in hartnäckig recidivirenden Fällen in Frage, bei denen schon mehrfache Fixationsversuche fehlgeschlagen sind, eine Thatsache, die immer seltener werden dürfte. Die Behandlung der Wanderniere mittelst Bandage oder Massage (wie sie Thure-Brandt übt) ist mit soviel Schwierigkeiten, Zeitaufwand und Kosten verbunden, dass für die ärmeren Volksklassen die Nephrorapie in Zukunft als Normalbehandlung wird gelten müssen.

Fall V. Pyonephrosis dext.

Anna K., 31 Jahre alt, erlitt vor drei Jahren ein schweres Trauma, durch Sturz auf die rechte Nierengegend. Die sofort nach dem Sturz eintretenden Schmerzen in der rechten Nierengegend hörten nicht auf und zwangen Patientin zur



Bettruhe. Nach einem Jahre bemerkte Patient in eine Geschwulst in der rechten Lendengegend und zugleich stellte sich schmerzhafter Harndrang ein. Der Harn war milchig getrübt, enthielt aber weder Blut noch Concremente. Bald stellten sich abendliche Fiebersteigerungen mit nachfolgenden Schweissen ein. Die Kranke magerte ab und die Kräfte schwanden sichtlich, da sich der Appetit verlor und unerträgliche Schmerzen ihr den Schlaf raubten. Aufnahme in die D.-A. am 5. Juni 1893.

Stat. präs.: 31-jähriges, hochgradig abgemagertes, sehr anämisches Mädchen. Im rechten Hypochondrium eine abgerundete Vorwölbung zwischen Nabel und Lendengegend. Die Palpation ergiebt: Kindskopfgrösse, glatte Oberfläche, fest-weiche Consistenz, dumpfe Fluctuation. Bei Druck auf den Tumor vom Nabel her wölbt sich die rechte Nierengegend vor und umgekehrt. Palpation sehr schmerzhaft. Harnmenge in den ersten 24 Stunden nur 280 Cub. Centm. Harn trübe, eiweisshaltig; im Mikroskop zahllose Eiterkörperchen sichtbar. Reaction alkalisch. Sonstige Organsysteme gesund. Temp. 36,6, Puls 100. Abends: Temp. 39,5, Puls 118. Patientin klagt über ununterbrochene heftige Schmerzen in der Nierengegend und quälenden Harndrang. Diagn.: Pyelonephritis purul. dext. Nach den üblichen Vorbereitungen (Bad, Abführung, Opium) wird am 6. Juni zur Operation geschritten. Morph.-Chl.-Narkose. König's retroperitonealer Lendenbauchschnitt. Weichtheile je näher der Niere desto blutreicher und schwer trennbar. Das Fett der Caps. adip. gänzlich geschwunden. Die Fettkapsel sehr schwer trennbar von der Caps. propr., mit der sie entzündlich verbacken ist. Probepunction ergiebt Eiter. Erst nach Entleerung mehrerer wallnuss- bis apfelgrosser Abscesse, welche innerhalb der Nierensubstanz selbst gelegen sind, gelingt es die über zwei faustgrosse, eitrig-zerfallene Niere mitsammt der Caps. propr. auszuschälen. Der Hilus lässt sich nicht lösen, daher wird circa 2 Ctm. über demselben die Niere mit der Dechamps-schen-Nadel durchstossen nach zwei Seiten mit starker Seide abgeschnürt, und mit Scheere und Paquelin abgetragen. Der Stumpf blutet nicht und wird gründlich mit dem Paquelin cauterisirt. Säuberung und Desinfection der sehr bedeutenden Wundhöhle mit Sublimatlösung. Bei genauerer Besichtigung ergiebt es sich, dass das Peritoneum in einer Ausdehnung von circa 15 Ctm. eröffnet ist. Perit. pariet. normal., in der Bauchhöhle einige Cub.-Ctm. Blut. Austupfen und Schluss der Peritonealwunde mit überwendlicher Catgutnaht. Jodoformgazetamponade. Der weitere Verlauf gestaltet sich sehr günstig. Die Temperatur blieb, auch Abends, normal, die Schmerzen liessen bald nach und die Harnmenge stieg bis zum sechsten Tage nach der Operation auf 1000 Cub.-Ctm. Nach einigen Wochen stiessen sich die Ligaturen mitsammt dem gangränösen Stumpfe ab. Der Harn wurde klar und Pat. erholte sich sichtbar. Die ausserordentlich grosse Wundhöhle ist daran schuld, dass bis zum heutigen Tage die Wunde sich noch nicht gänzlich geschlossen hat, obgleich die Heilung ohne Complicationen vor sich ging. Seit dem August klagte Patientin über Schmerzen im ganzen Leibe und Unterleibe. Eine gynäkologische Untersuchung ergiebt Vorhandensein einer Parovarialcyste, die vom Collegen Dr. Knüpffer am 26. November 93 per laparotomiam entfernt wurde. Bei dieser Gelegenheit erwies sich das gesammte Bauchfell — parietales und viscerales — in chronisch entzündlichem Zustande mit kleinsten bis halb-linsengrossen papillären Excrescenzen besetzt, die jedoch keine graue Farbe und überhaupt keine Aehnlichkeit mit miliaren Tuberkeln besassen. Die bei der Laparotomie vorgenommene Digitalexploration der rechten Nierengegend ergab nur das Fehlen der rechten Niere. Patientin klagt seit der Laparotomie viel weniger über Schmerzen und wird in diesen Tagen genesen entlassen.

Mir waren die Arbeiten von Guyon, Morris, Tuffier, Israel, Kümmel etc. damals noch nicht bekannt, sonst hätte ich mich vielleicht zur Nephrotomie und Spaltung aller Abscesse entschlossen. Der Rest anscheinend noch functionirender Nierensubstanz war aber so klein, dass dessen Ausfall für das Leben der Patientin nicht in Betracht kommen konnte. Was den Königschen sogenannten retroperitonealen Lendenbauchschnitt anbetrifft, so verschafft er freilich einen sehr ausgedehnten Ueberblick; bei entzündlichen Processen fällt aber ein Hauptvorzug fort, nämlich die Freilegung und eventuelle stumpfe Ablösung der Umschlagsfalte des Peritoneums. — In unserem Falle waren durch die starke Vergrösserung der Niere und die eitrige Entzündung die beiden Peritonealblätter platt an einander gedrückt und mit der Caps. propr. fest verbacken, so dass sie garnicht als Peritonealblätter imponirten, geschweige denn sich lösen liessen. Hinzufügen möchte ich, dass sich auch in unserem Falle die v. Bergmann'sche Beobachtung bestätigte, dass vereiterte Nierensubstanz selbst beim Zerreissen und Abbröckeln wenig blutet.

Fall VI. Pyonephrosis sin.

L. B. giebt an, vor 8 Jahren an einem Unterleibsleiden erkrankt zu sein. Zu gleicher Zeit stellten sich Urinbeschwerden ein (Harndrang, Eiter und Blut im Harn). Schon früher will sie bisweilen an Schmerzanfällen in der linken Nierengegend gelitten haben. Die Cystitis verschlimmerte sich derart, dass Prof. Küstner in Dorpat im Frühjahr 1891 sich zur Anlegung einer Blasenscheidenfistel entschloss. Zwei Monate später bildete sich unter starken Schmerzen und hohem Fieber links ein grosser perinephritischer Abscess nach dessen Eröffnung durch den Collegen Dr. Hoeppener eine Fistel persistirte. Die Cystitis schwand und die Blasenscheidenfistel wurde von Prof. Küstner wieder geschlossen. Im November 1892 wurde von mir die Fistel wegen Zunahme der Schmerzen und steigendem Fieber erweitert und ausgekratzt, jedoch nur mit kurz dauerndem Erfolge. Am 3. Oct. 1893 stellte sich Patientin wieder vor und bat um operative Hülfe, da die Schmerzen seit einigen Tagen wieder sehr zugenommen hätten.

Stat. präs.: Kleine magere Frau, in den Organsystemen nichts Pathologisches. Links in der Nierengegend eine derbe Narbe, in der Mitte ein eiternder Granulationspfropf. Die Sonde dringt 8—10 Ctm. tief ein. Palpation der Niere sehr empfindlich. In Narkose erweist sie sich beträchtlich vergrössert und von derber Consistenz. In die Fistel injicirte Methylenblaulösung erscheint im Harne nicht. Chloroformnarkose. Excision der ganzen Narbe parallel dem Rippenbogen; sehr mühsames Freilegen der Niere, welche sich ausserordentlich fest verbacken mit dem Peritoneum und theilweise in derbes Narbengewebe eingebettet erweist. Von einer Exstirpation wurde daher Abstand genommen und eine breite tiefe Incision in die Substanz der Niere gemacht, wobei sich erwies, dass die stark vergrösserte Niere von multiplen Abscessen durchsetzt war, die wiederum theils in anscheinend normales, theils in derbes schwieliges Gewebe eingebettet waren. Jodoformgazetamponade. Auch in diesem Falle ging die Heilung sehr langsam von Statten, und noch heute persistiren zwei kleine Fisteln, die Eiter (keinen Urin) secerniren. Die Niere ist zwar noch abnorm gross, aber die Beschwerden sind erheblich geringer, so dass Patientin wieder stehen, gehen und leichte Arbeit leisten kann.

Fall VII. Hydronephrosis sinist.

Carl L., 68 Jahre alt, giebt an, seit zwei Jahren die Bildung eines Tumors unter dem linken Rippenbogen bemerkt zu haben. Derselbe entwickelte sich ohne ihm bekannte Ursache völlig schmerzlos; niemals hat Patient an Harnbeschwerden und Steinkoliken gelitten. Im Herbst 1891 sah ich Patienten und konnte bei oberflächlicher Untersuchung in der Sprechstunde nur einen cystischen Tumor constatiren, ohne eine genauere Diagnose über die Art desselben. Nachher verlor ich Pat. aus dem Auge, bis ich von Herrn Collegen Dr. Kusik zur Consultation zu ihm gebeten wurde. Aufnahme in die D.-A. 21. September 1892.

Stat. präs.: 68-jähriger, stark anämischer Mann, von ausgesprochen senilem Typus. Hochgradige periphere Arteriosclerose. Herztöne schwach, unrein. Exacerbirte bronchitis chronica. Abdomen zwischen linkem Rippenbogen und Nabel stark vorgewölbt. Die Wölbung erstreckt sich nach links bis zur Lumbalgegend. Glatte Oberfläche der Geschwulst, deutliche Fluctuation. Vom Epigastrium nach links zieht ein wulstartiger Strang über den Tumor hin, der sich nach CO_2 Aufblähung als Colon descendens erweist. Der Magen ist nach rechts unten dislocirt. Leberrand undeutlich unter dem rechten Rippenbogen fühlbar. Die Grenzen des Tumors sind nicht genau abzutasten. Der Harn enthält Spuren von Eiweiss, keine Formbestandtheile. Die Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze ergiebt eine bräunliche Flüssigkeit, die nicht gerinnt und in deren Sediment sich viele rothe Blutkörperchen und mehrere granulirte Cylinder finden. Auf Harnstoff konnte wegen der geringen Menge nicht untersucht werden. Diagnose: Hydronephrosis sinist. Die zunehmenden Druckbeschwerden im Abdomen und die Gefahr einer drohenden Ruptur bewogen Pat. sich einer operativen Behandlung zu unterziehen. Am 22. September Morph. Chloroformnarkose (welche übrigens ungestört verlief) 10 Ctm. langer Schnitt über die Kuppe des Tumors parallel dem äusseren Rectusrande und medianwärts vom Colon descendens. Eröffnung der Bauchhöhle. Cystenwand mit dem Periton. pariet. an mehreren Stellen durch lockeres Bindegewebe adhaerent. Jodoformgazetamponade. Nach acht Tagen Incision der Cyste und Entleerung von 2800 Cubcent. bräunlicher Flüssigkeit. Patient fühlt sich wesentlich erleichtert. Der eingeführte Finger kann bei combinirter Untersuchung in der Lumbalgegend einen Rest der abgeplatteten Niere abtasten. Einlegen eines dicken Drainrohres, Borsäurespülung,

Occlusivverband. Zwei Stunden nach der Operation entleerte sich aus der Blase in kurzen Intervallen drei mal dieselbe Cystenflüssigkeit. Es war also der Ureter wegsam geworden. Am Tage darauf, am 29. September 1892 ist der Harn blutig, enthält aber weder jetzt noch später Cysteninhalt. Pat ist sehr matt, delirirt und findet manche Worte nicht. Temp. 38,7. P. 120. Ordination: Excitantia. Der Verband muss wegen Durchtränkung mit Blut und Cysteninhalt gewechselt werden. 30. September. Patient ist wieder klar und nimmt Nahrung zu sich. Urin klar, enthält kein Blut, Temp. 37,8. P. 100. Von nun ab erholt der Kranke sich schnell und wird am 5. October zur häuslichen Weiterbehandlung entlassen. Die Secretion nimmt allmählich ab, bei den Borspülungen entleeren sich nekrotische Fetzen der Cysten-Innenwand. Das Drain wird allmählich gekürzt. Schluss der Fistel im Januar 1893. Seitdem feste Narbe und bis auf geringe ziehende Schmerzen bei heftiger Drehung um die Körperaxe keinerlei Beschwerden mehr.

Die Aetiologie der Hydronephrose ist in diesem Falle völlig unklar, doch spricht der Umstand, dass nach Entleerung der Cyste der Ureter wegsam wurde, für ein klappenförmiges Hinderniss.

Wir sind absichtlich interperitoneal vorgegangen, weil der Tumor hier am leichtesten zugänglich war und die kürzeste Narkose erforderte.

Fall VIII. Sarcoma medullare renis sinist.

Der 38-jährige Johann A. will bis zum Sept. 1892 stets gesund gewesen sein. Seitdem stellten sich Schmerzen in der linken Nierengegend ein und Patient beobachtete eine langsam wachsende Geschwulst in der Lendengegend. Seit dem Januar verschlimmerte sich der Zustand bedeutend, so dass der Kranke arbeitsunfähig und bettlägerig wurde. Aufnahme in die D.-A. am 14 Februar 1893.

Stat. präs. Stark abgemagerter, kachectisch aussehender Mann. Die linke Regio epigastr. und hypochondr. kindskopfgross vorgewölbt. Keine deutlichen respiratorischen Schwankungen. Die Palpation ergiebt einen ca. mannskopfgrossen Tumor von derb weicher Consistenz, dessen Grenzen sich nicht genau abtasten lassen. Pseudofluctuationsgefühl. Lungengrenzen: L. v. Axillarl. 6 R. h. Axil. 7 R Scapularl. 10 J. R. Absolute Herzdämpfung rechts in der Mitte des Sternums. Spitzenstoss im 4. J. R. in der Parasternall. Rechts sind Leber und Lungengrenzen normal. Der Harn ist normal ca. 1500. Zweimalige Probepunctionen ergeben reines Blut. Das Colon descendens lässt sich auch bei CO_2 Auftreibung nicht differenziren. Diagnose: Maligner Tumor der linken Niere, eventuell der Milz. Die heftigen Schmerzen und der starke Kräfteverfall veranlassen Pat. sich operiren zu lassen, jedoch wünscht er zunächst nur eine probatorische Incision, jedenfalls keinen lebensgefährlichen Eingriff.

Am 16. April wird in Morph.-Chlorof.-Narkose am lateralen Rande des linken Rectus durch einen 15 Ctm. langen Schnitt das Bauchfell eröffnet. Peritoneum parietale mehrfach mit der Wand des Bauchfelles verwachsen. Von oben nach unten zieht über den Tumor hinweg das fast leere Colon descendens mit der Kapsel der Geschwulst fest verwachsen. Querschnitt von 10 Ctm. zur Lendengegend hin. Die eingeführte Hand kann nun den Tumor abtasten. Er reicht nach oben bis in die Zwerchfellkuppe dieselbe nach oben drängend. Nach hinten gelangt die Hand bis zur Nierengegend, nach unten und rechts erstreckt sich die Geschwulst bis über die Aorta und Wirbelsäule etwa 3 Ctm. unterhalb des Nabels. Eine kleine Probeincision an der lateralen Seite fördert weiche bröcklich zerfallene hirnmarkähnliche Massen zu Tage, dabei blutet es lebhaft aus der Incisionsöffnung, welche, da Umstechungsnähte nicht die Blutung stillen, tamponirt wird. Da jetzt die Diagnose einer bösartigen Neubildung feststeht, wird in Anbetracht der enormen Grösse des Tumors von weiteren Exstirpationsversuchen zunächst Abstand genommen, und die Bauchwunde unter grossen Schwierigkeiten durch Nähte geschlossen. In den nächsten Tagen entwickelt sich an den Kreuzungsstellen der Wundwinkel eine circumscripte Gangrän und ein kleiner Bauchdeckenabscess, die es unmöglich machen jetzt schon zur nochmaligen Laparotomie zu schreiten. Inzwischen zog Pat. eine schon gegebene Erlaubniss zur Radicaloperation zurück und wurde am 14. Mai mit kleiner granulirender Bauchwunde und einer Fistel entlassen, aus welcher weiche Sarcommassen hervorwucherten. Unter zunehmender Entkräftung starb Pat. Ende Juni 1893.

An eine extraperitoneale Exstirpation dieses gewaltigen Tumors, selbst mit Bardenheuers doppeltem Thürflügelschnitt war nicht zu denken; auch bei der transperitonealen Nephrectomie von der Linea alba aus wäre man auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestossen. In solchen Fällen vermag wohl nur der bei der Section übliche Kreuzschnitt ein genügend grosses und freies Operationsterrain zu verschaffen, und auch dieser konnte hier meiner Ansicht nach nicht mehr helfen, weil die Verwachsungen ohne Verletzung lebenswichtiger Organe wohl kaum noch trennbar waren. Es ist eine traurige Thatsache, dass unsere Landbevölkerung oft noch jenen Grad von Indolenz besitzt, der sie erst dann zum Arzte treibt, wenn er nicht mehr helfen kann. Wäre der Mann, bald nachdem er die Geschwulst entdeckte, zur Operation gelangt, so hätte man ihm mit ziemlicher Gewissheit Leben und Gesundheit wiedergeben können; denn die Prognose operativ behandelter Fälle abgekapselter Nierensarcome beim Erwachsenen ist nicht ungünstig.

Endlich war ich zweimal in der Lage die Nephrolithotomie mit dem sogen. «Sectionsschnitte» auszuführen.

Fall IX. Herr J. K., 68 Jahre alt, hat seit 8 Jahren an linksseitigen Nierenkoliken mit Haematurie und Abgang kleiner Concremente gelitten. Wegen hochgradiger Schmerzen und totaler Arbeitsunfähigkeit am 8. Mai 1893 Nephrolithotomie. Scheinbar kein Stein vorhanden. Erst nach Freilegung der ganzen Niere und des Nierenbeckens in letzterem eine Resistenz fühlbar. Incision der Niere von der Convexität aus bis ins Becken. Extraction eines ziemlich grossen Steines. (3 Ctm. lang, 1,8 Ctm. breit. 2 65 Gramm schwer) 4 Catgutparenchymnähte. Schluss der Wunde durch Nähte. I. intentio. Am siebenten Tage Verbandwechsel. Fast die ganze Wunde (wahrscheinlich durch den sehr starken Husten) wieder aufgeplatzt. Seitdem Jodoformgazetamponade. Heilung der Wunde in drei Monaten. Pat. verlor alle Beschwerden und wurde vollkommen arbeitsfähig. Im September 1893 Apoplexia cerebri und nach 4 Wochen Tod an Lungengangrän.

Fall X. Baronesse A. v. F., 67 Jahre alt, leidet seit dreissig Jahren an rechtsseitiger Nephrolithiasis. Ausserdem noch mancherlei andere Leiden (Gallensteinkoliken, starke chronische Bronchitis, mit schweren asthmatischen Anfällen und cardiale Dyspnoe; im Winter 1892 ein leichter apoplectischer Insult). Nephrolithotomie am 22. Mai 1893. Extraction dreier zum Theil maulbeerförmiger Steine Dabei wird das obere Viertheil der Niere quer eingerissen. Naht des Querrisses und der Längswunde an der Convexität mit Catgut, Naht der Weichtheilwunde. Wiederum sehr starke Hustenanfälle, und infolge dessen Bildung eines grossen Haematoms, nach dessen Incision die Wunde unter Tamponade Behandlung in ca. 2½ Monaten heilt. Seit dem 22. Mai keine Steinkoliken und seit Schluss der Wunde überhaupt fast garkeine Schmerzen. Erst im September 1893 wieder erneuerte Schmerzen beruhend auf der Bildung einer Hernie im Gebiete der Längsnarbe, deren Inhalt die bei jedem Hustenstosse sich vorwölbende Niere bildet. Wegen Erfolglosigkeit der versuchten Bandagenbehandlung und Unmöglichkeit der erstrebten Radicaloperation (Vernähung der Muskeln- und Fasciendiastase) wird am 13. Dec. 1893 die rechte Niere exstirpirt (Fall XI). Anfangs ungestörter Wundverlauf, keine Urämie. Harnmenge stieg bis 1310. Zur Zeit einer heftigen Influenzaepidemie in der Diakonissenanstalt, auch bei dieser Patientin Symptome von Influenza (Kopf- und Gliederschmerzen, verstärkte Bronchitis, Fieber). Seitdem starker Kräfteverfall, Abnahme der Harnmenge an einzelnen Tagen bis 280 Cubctm. mit leichten urämischen Symptomen (Nachts Delirien, am Tage Somnolenz, klonische Zuckungen in den Vorderarm-Muskeln). Diese Symptome sind in ca. 14 Tagen wieder geschwunden, und befindet sich Patientin momentan so wohl, dass sie in diesen Tagen mit kleinen granulirenden Wunden wird entlassen werden können.

Ueber die Ergebnisse der Obduction im Fall IX und über den Nierenbefund in beiden Fällen soll in einer späteren Arbeit genauer berichtet werden. Nur soviel sei erwähnt, dass ideale prima intentio beider Nephrotomiewunden eingetreten war.

Ich kann es mir nicht versagen, zum Schluss einer kurzen Notiz zu erwähnen, die Bloch auf dem letzten Chirurgen-Congresse machte. Bloch vermuthete eine Erkrankung der Niere, legte diese frei, fand aber nichts Pathologisches und excidirte ein Stückchen Rindensubstanz behufs mikroskopischer Untersuchung, welche eine bakterielle Erkrankung ergab. Der Eingriff wurde anstandslos ertragen. Darin erblicke ich den Hinweis auf die Möglichkeit, dass der Chirurg in vielleicht nicht allzu ferner Zukunft im Stande sein wird dem internen Kliniker auch auf dem Gebiete der nicht chirurgischen Nieren-

erkrankungen zur Gewinnung einer exacten mikroskopischen Untersuchung hülfreich die Hand zu bieten.

Ich schliesse in der Hoffnung, in manchem Collegen, dem das Gebiet der Nierenchirurgie bisher fern gelegen hat, Interesse für dasselbe erweckt zu haben, und mit dem Wunsche, dass auch auf diesem Gebiete, wie auf so vielen anderen der sogenannten inneren Chirurgie, die gemeinschaftliche Arbeit des Internisten wie des Chirurgen immer wieder neue goldene Früchte zeitigen möge.

Referate.

Otto Leichtenstern: Ein mittels Schilddrüseninjection und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum. (Deutsche medic. Wochenschr. №№ 49—51).

In den letzten Jahren sind zahlreiche Mittheilungen über erfolgreiche Behandlung des spontanen oder idiopathischen Myxoedem's mittels Schilddrüseninjection und Fütterung gemacht worden. Nun beschreibt Leichtenstern einen Fall von operativem Myxoedem, Cachexia strumipriva, bei dem die eben erwähnte Behandlungsmethode von eclatanter Wirkung war. Bei einer 38jährigen Frau wurde 1881 eine rasch wachsende Struma exstirpirt. Nach der Operation begannen sich allmählich die charakteristischen Symptome des Myxoedem's einzustellen. 1892, also 10 Jahre nach der Strumectomie, sah Verf. die Patientin, die auf den ersten Blick das typische Bild des Myxoedem's erkennen liess. Das Gesicht unförmlich dick, wachsgelbe Gesichtsfarbe; die plumpen Wangen hängen beiderseits den unteren Kieferrand überschreitend nach unten; die Augenlider dick geschwollen; stumpfsinniger, schläfriger, cretinoider Gesichtsausdruck. Die Augenbrauenhaare grösstentheils ausgefallen; die Nase, die Ohren plump, dick, die Kopfhaare defect, enorm dicke Lippen; die Sprache langsam, Articulation schwerfällig. Die Haut am ganzen Körper fühlt sich rauh an, trocken, abschilfernd, Rumpf und Extremitäten voluminös, gedunsen. Es unterlag somit keinem Zweifel, dass der ganze Symptomencomplex in Folge der Strumectomie entstanden war. Verf. verordnete zunächst Injectionen des Schilddrüsenextracts (in 85 g. des Gesammtextracts waren 15 g. Schilddrüsenstoff vorhanden); die Injectionen wurden täglich ausgeführt (0,065—0,195 des Schilddrüsenstoffes). Schon eine neuntägige Cur mit diesen relativ kleinen Dosen hatte einen deutlich sichtbaren Erfolg. Zunächst stieg die Harnmenge, das Körpergewicht nahm um 7 Pfd. ab, die stark herabgesetzte Temperatur wurde normal; das Gefühl des Frierens hörte auf; auch das Gesicht erschien weniger dick. Nach der 4. Injection stellte sich ein scharlachähnliches Exanthem ein, das sich allmählich über einen grossen Theil des Körpers ausbreitete. Die Injectionen wurden daher ausgesetzt, statt dieser versuchte L. Schafsschilddrüse innerlich zu verabfolgen. Die Kranke erhielt jeden Freitag ihr Schilddrüsenfrühstück und zwar 5—12 g. (im Verlauf von 8 Wochen). Die Drüse des frisch geschlachteten Schafes wurde sorgfältig präparirt, fein zerhackt. Diese rohe Drüse nahm Patientin auf einem mit Butter bestrichenen Schwarzbrod, dazu trank sie ein Glas Rothwein. Sie ertrug das Mittel sehr gut. Der Erfolg war gradezu überraschend. Das Gesicht schwoll gänzlich ab, die Augen, der ganze Blick wurden frisch, lebhaft; die Sprache leicht und gewandt, die unförmlich dicken Hände und Füsse wurden wieder normal. Eine Zeitlang musste die Fütterung ausgesetzt werden, weil sich Symptome von Herzschwäche einstellten; gleichzeitig recidivirte das Exanthem; obgleich dieser störende Zwischenfall bald beseitigt worden war, entschloss sich L. nicht sofort zur Weiterbehandlung. Erst als nach einiger Zeit deutliche Anzeichen der Rückkehr der Krankheit sich bemerkbar machten, wurde die Fütterung wieder aufgenommen; Patientin erhielt jeden Freitag 10,0 frischer Drüse im Verlauf von 3 Monaten. Die Symptome des Myxoedems schwanden nun gänzlich, so dass die Dame von ihrem schweren Leiden völlig geheilt worden war.

In der sehr interessanten Mittheilung finden sich Angaben über den Blutbefund bei der Patientin, Bestimmungen der Perspiratio insensibilis, eingehende Untersuchungen des Harns; ferner bringt Verf. in seiner Arbeit einen Ueberblick über die Geschichte der modernen Therapie des Myxoedems.

Abelmann.

P. Klemm: Die Knochenerkrankungen im Typhus. (Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 46, Heft IV, Pag. 862).

Der Typhus abdominalis verläuft mit den verschiedenartigsten Complicationen, die theils im Verlauf der Krankheit, theils während der Reconvalescenz zum Ausbruch kommen. Verf. referirt die diesbezügliche Literatur und weist darauf hin, dass die typhöse Erkrankung der Knochen jedenfalls keine seltene Complication ist, trotz spärlicher Mittheilungen, und beschreibt sodann die Symptomatologie der typhösen Knochenerkrankung und hebt als constanteste Symptome: die Schwellung am Knochen, den Schmerz und das Fieber hervor. — Der Ausgang der Erkrankung kann ein dreifacher sein: entweder tritt Resorption ein oder es stellt sich Verkäsung oder gar Verflüssigung ein. Gestützt werden diese Thatsachen durch eine reichliche Literaturangabe und durch Wiedergabe einiger eigenen klinischen Beobachtungen.

Im Hinblick auf die Thatsache, dass die bei den entzündlichen Typhuscomplicationen producirte Flüssigkeit einen wesentlichen Unterschied von dem gewöhnlichen Staphylo- und Streptokokkeneiter darbietet, sowohl in ihrer Färbung, als auch in ihrer Consistenz und ihrem Geruch, glaubt Verf., dass der sog. «Typhuseiter» in Analogie der Eiterung bei der Tuberkulose entstanden zu denken ist. Es sei ein Process der regressiven Metamorphose, bei dem die Typhuspilze vorzugsweise eine nekrotisirende Wirkung entfalten. — Wo im Verlaufe eines Typhus eine Eiterung im gewöhnlichen Sinne sich entwickelt, handelt es sich stets um eine Mischinfection.

Klemm ist in der Lage, diese Mischinfection auch für die eitrige Typhusosteomyelitis festzustellen, erstens an einem sehr interessanten Fall von eitriger Osteomyelitis auf typhösem Boden und zweitens an einer Reihe von experimentellen Versuchen.

In einer ersten Reihe von 10 Versuchen injicirte Verf. gesunden Kaninchen eine Wasseremulsion von Typhusbacillen in die Ohrvenen und kommt zu folgenden Schlüssen:

«Bei Injection von Typhusbacillen in die Blutbahn tritt eine Alteration im Befinden des Thieres ein, die sich in einzelnen Fällen bis zum Tode steigern kann. Letzterer erfolgt durch Intoxication». «Es findet gelegentlich aber sicher eine Vermehrung der eingeführten Bacillen im Knochenmark statt, wie man annehmen muss, wenn sich dieselben nach 12 Tagen nach der Operation im Mark nachweisen lassen.» — «In anderen Fällen überwinden die Thiere die Infection, die eingeführten Mikroorganismen sterben ab, bei der bakteriologischen Untersuchung wird das Knochenmark steril befunden.» — «Eiterbildung wurde kein Mal beobachtet.» — «Das Mark zeigte öfters gewisse pathologisch-anatomische Veränderungen, die sich in Erweichung und bräunlich rother Verfärbung äusserten.»

In einer zweiten Reihe von Versuchen hat Verf. zuerst den Versuchsthieren Typhusbacillen eingeimpft und darnach, wenn die Thiere sich wieder zu erholen begannen, eine Aufschwemmung von Staphylokokkus pyog. aur. Das Resultat der Versuche war ein positives, indem sich in den Fällen, wo die Thiere nicht früher an Typhus zu Grunde gingen, eitrige Osteomyelitiden entwickelten (ohne dass ein Trauma des Knochens gesetzt worden war).

Die Erkrankungen des Knochensystems im Typhus zusammenfassend unterscheidet Klemm folgende Typen:

I. Specifisch typhöse Knochenerkrankung:
   1. Corticale Osteomyelitis mit Neigung zu spontaner Resorption.
   2. Corticale Osteomyelitis mit Neigung zu Verkäsung.
   3. Corticale Osteomyelitis mit Neigung zu Verflüssigung, die jedoch in keiner Weise mit Eiterung confundirt werden darf.
   4. Centrale Osteomyelitis mit Ausgang in Sequesterbildung.

II. Eiterung des Knochenmarks im Sinne der gewöhnlichen Osteomyelitis, als Ausdruck einer Mischinfection durch Ansiedelung zweier Mikrobienspecies im Knochenmark.

Zum Schluss der Arbeit spricht sich Verf. noch über die verschiedenartige Nomenclatur der typhösen Knochenerkrankungen aus und bringt in Vorschlag, für den genannten Process die Bezeichnung «Osteomyelitis typhosa non purulenta» als richtigstes Charakteristicum für das ganze Krankheitsbild, in die Literatur einzuführen.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Anton Bum und M. Schnirer: Diagnostisches Lexicon für praktische Aerzte. Mit 203 Illustrationen in Holzschnitt. Zweiter Band. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg. 1893.

Wir haben bereits beim Erscheinen des ersten Bandes die Vorzüge dieses Werkes hervorgehoben und auf einzelne Capitel speciell hingewiesen. Nunmehr liegt der zweite Band dieses vortrefflichen Werkes vor; derselbe ist nicht minder inhaltsreich und anregend. Wir finden hier viele für die Pathologie äusserst wichtige Krankheiten und Krankheitserscheinungen

abgehandelt, und zwar haben sich bei der Bearbeitung der einzelnen Themata Specialisten von anerkannter Tüchtigkeit betheiligt. Besonders hervorgehoben sei hier das Capitel über das normale und pathologische Verhalten der Fontanellen (Hochsinger), das wohl in keinem Lehrbuche der Pädiatrie so vollständig und so ausführlich bearbeitet worden ist; die mit sehr gelungenen Abbildungen versehene Abhandlung über Fussverkrümmungen (Löbker), das Capitel über Harnröhrenstrictur (Mendelsohn), das ebenfalls mit äusserst instructiven Zeichnungen versehen ist; ferner, das von Loebisch bearbeitete Capitel über Harnuntersuchungen, von Pfungen über Hysterie, von Gottstein über Laryngoskopie. Auf das Wärmste empfehlen wir jedem praktischen Arzte die Anschaffung dieses Lexicons.

Abelmann.

L. Unger: Ueber Kinderernährung und Diätetik. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg 1893.

Dem praktischen Arzt sei diese kleine Schrift besonders empfohlen; wenn sie auch Nichts wesentlich neues auf dem Gebiete der Kinderernährung bringt, so ist sie schon deshalb sehr werthvoll, weil dieses doch äusserst wichtige Kapitel in den meisten Hand- und Lehrbüchern der Pädiatrie viel zu knapp behandelt wird. Verfasser bespricht zunächst die allgemeinen Stoffwechselverhältnisse des Kindes und die Verdauungsverhältnisse im Magen und Darm und erst dann schildert er die verschiedenen Ernährungsmethoden, wobei alle für die Praxis wichtigen Fragen ausführlich besprochen werden. Zum Schluss sind noch einige Bemerkungen über die Ernährung älterer Kinder hinzugefügt.

Abelmann.

L. Jacobson: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. 438 Seiten mit 318 Abbildungen auf 20 Tafeln. Leipzig, Verlag von G. Thieme 1893.

Wiederum ist die otiatrische Literatur um ein neues Lehrbuch bereichert worden — wir müssen gestehn, dass wir bei der grossen Zahl der schon vorhandenen, den Muth des Autors bewundern, der es unternahm, mit Schwartze, Politzer, Urbantschitsch, Hartmann, Bürkner etc. in Concurrenz zu treten. Nach Durchsicht des Jacobson'schen Lehrbuches haben wir aber die Ueberzeugung gewonnen, dass es die Concurrenz nicht allein bestehen wird, sondern auch den älteren Lehrbüchern in mancherlei Hinsicht überlegen ist. Jacobson ist es gelungen, Studirenden, wie Aerzten, Anfängern, wie Specialisten, in gedrängter Form ohne Auslassung wichtiger Umstände und unter Berücksichtigung der neueren Literatur Alles zu bieten, was ein Lehrbuch zu bieten im Stande sein soll. Macht sich auch mitunter eine etwas weitschweifige Breite geltend, so ist dieselbe durchaus am Platze, wo es sich um Beschreibung der Operationstechnik, wie überhaupt der Therapie handelt, namentlich im Kapitel «allgemeine Therapie der Ohrenkrankheiten» ein Kapitel, welches der Geübtere überschlagen kann. Der Anfänger aber findet in demselben eine so klare, und detaillirte Beschreibung auch der kleinsten Encheiresen, wie kaum in einem andern Lehrbuche. Die allgemeine Eintheilung des Stoffes und die Gruppirung der Kapitel erscheint uns entschieden glücklich gewählt zu sein. Ein verhältnissmässig grosses Kapitel widmet der Verf. dem Hörvermögen in normalem Zustande, den Hörprüfungen und der Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen im schallleitenden und schallempfindenden Apparate. Auch wir pflichten Jacobson — nach mehrjähriger Erfahrung — darin bei, dass die bisher üblichen Hörprüfungsmethoden nur einen relativen Werth besitzen und dass sie «sichere Anhaltspunkte für die differentielle Diagnose bezüglich des Sitzes der Erkrankung im schallleitenden oder schallempfindenden Apparate unter keinen Umständen liefern» und wir sind überzeugt, dass der unbefangene Leser, wenn er den Auseinandersetzungen bes Autors aufmerksam folgt, die Logik seiner Schlüsse anerkennen muss. In dem darauffolgenden Kapitel «allgemeine Symptomatologie» bietet Verf. dem Leser die Möglichkeit sich rasch über die wichtigsten Symptome der Ohrenkrankheiten und deren pathognomonische Bedeutung zu orientiren — eine Neuerung, die namentlich im Interesse des praktischen Arztes als sehr dankenswerth bezeichnet werden muss. Ein Gleiches lässt sich vom XIV. Kapitel sagen, in welchem diejenigen Krankheiten übersichtlich zusammengestellt sind, in deren Folge besonders häufig Affectionen des Ohres auftreten, und zwar wird auf die Eigenart der einzelnen Ohrenkrankheiten in ihrer Abhängigkeit von der Grundkrankheit und auf die wichtigsten therapeutischen Maassnahmen näher eingegangen, dabei aber betreffs der Details auf die entsprechenden Kapitel verwiesen. Wenn es daher dem Verf. einerseits gelungen ist, durch richtige Gruppirung und Behandlung des Stoffes dem Anfänger und dem praktischen Arzte das Studium der Ohrenheilkunde sichtlich zu erleichtern, so vermisst andrerseits auch der Fachmann nichts, was irgend in den Rahmen eines Lehrbuches passt und wir stehen nicht an zu behaupten, dass jedes einzelne Kapitel der gesammten Ohrenheilkunde in theoretischer und praktischer Hinsicht eine gleich gediegene Behandlung erfahren hat. Die äussere Ausstattung des Werkes ist eine recht gute, auch die Abbildungen sind fast durchgehend übersichtlich und sauber ausgeführt und in praktischer Weise dem Buche hinzugefügt worden. Der verschieden grosse Druck macht es dem Nichtspecialisten möglich sich in Kürze über das wichtigste zu orientiren mit Uebergehung der verschiedenen Theorien und Begründungen. Angenehm fällt die kurze aber hinreichend klare Darstellung der Anatomie und die Beschränkung der Literaturangaben auf. Daher hoffen wir, dass auch dieses Lehrbuch dazu beitragen möge, die noch so mangelhafte Kenntniss der Otiatrie in breiteren Schichten zu heben und in jedem Arzte die Ueberzeugung zu festigen, dass ihm wenigstens die Elementarbegriffe der Otiatrie geläufig sein müssen. Wir glauben mit gutem Gewissen Jakobson's Lehrbuch zum Besten zählen zu dürfen, was auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde in den letzten Jahren erschienen ist, und empfehlen den Collegen die Lectüre desselben auf's angelegentlichste.

H.

Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von P. J. Möbius. IV./V. Heft. Leipzig, Thieme 1893.

Schon bei der Besprechung der früher erschienenen Hefte dieser Vorlesungen (diese Wochenschr. 1892 p. 134 u. 432) bot sich Gelegenheit auf die Bedeutung der Arbeiten Magnan's für die Lehre von der erblichen Entartung und der Paranoia hinzuweisen, wie die klare fesselnde Darstellung des Autors und die vorzügliche Uebersetzung hervorzuheben. Das vorliegende Doppelheft bietet namentlich in der Vorführung sehr anschaulicher Krankengeschichten eine werthvolle Ergänzung der früheren Vorlesungen.

Zuerst wird die Onomatomanie besprochen, ein besonders bei gebildeten ‹Entarteten› vorkommender Symptomencomplex, bei welchem es sich entweder um das ängstliche Suchen eines Namens oder eines Worts handelt oder um den zwangsmässigen Trieb ein bestimmtes, oft unanständiges Wort zu wiederholen. Auch die Furcht vor «schlimmen Worten», den Gebrauch von Schutzworten und die Idee: Worte im Magen zu haben, sie wieder ausspucken und auswürgen zu müssen rechnet M. hierher. Ein zweiter Vortrag behandelt die conträre Sexualempfindung und andere geschlechtliche Abweichungen, die nicht als besondere Krankheit, sondern als ein Symptom der Entartung auf Grundlage erblicher Belastung aufgefasst werden. Die weiteren Vorträge behandeln: Beispiele von erblicher Entartung, die krankhaften Antriebe zu Verbrechen, Kauf- und Spielwuth, das intermittirende Irresein, das Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken, endlich Hallucinationen die rechts und links verschieden sind. Mit diesen Angaben über den reichen Inhalt des Hefts müssen wir uns hier begnügen, eine weitere Empfehlung ist überflüssig

Mercklin-Lauenburg i. Pomm.

Hermann Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1893.

«Bibliothek des Arztes». Eine Sammlung Medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.

Vorliegendem aus der Feder des bekannten Baseler Klinikers stammendem Werke wird bald ein hervorragender Platz in der grossen Reihe gynaekologischer Hand- und Lehrbücher eingeräumt werden. Fast durchweg spricht sich in demselben die Individualität und Originalität des Autors aus, welcher aus dem reichen Schatze eigener Erfahrung schöpfend, auch den Ergebnissen neuer Forschungen die nöthige Berücksichtigung widerfahren lässt.

Aus dem reichen Inhalte möchten wir das Capital der ‹Allgemeinen Therapie› besonders hervorheben, weil gerade dieser Theil unserer Disciplin in den meisten Lehrbüchern recht stiefmütterlich behandelt wird. In Sonderheit machen wir den Leser auf den 5. Abschnitt dieses Kapitels «Badekuren bei Frauenkrankheiten» aufmerksam. In gedrängter Form ruft der Verf. in demselben dem Leser die Grundprincipien der Balneotherapie ins Gedächtniss zurück; eine Aufzählung der wichtigsten für die Badebehandlung bei Frauenkrankheiten in Betracht kommenden Bäder mit kurzen Angaben der Indicationen etc. vervollständigen den Abschnitt.

In gleich anerkennenswerther Weise wird in den anderen Kapiteln der Physiologie und Anatomie ausführlich Erwähnung gethan.

Klarheit in der Abwägung verschiedener Krankheitssymptome, präcise und ansprechende Darstellungsweise der Krankheitsbilder zeichnen das Buch aus, welches dazu bestimmt ist, sowohl dem Arzte, als auch dem Studirenden ein zuverlässiger Rathgeber zu sein.



Auf ein ausführliches Literaturverzeichniss verzichtet Verf. und beschränkt sich darauf das Wichtigste knapp anzuführen. Die zahlreichen (240) in den Text gedruckten Abbildungen sind fast ohne Ausnahme gut gelungen. Die Gediegenheit des Werkes sichert demselben die besten Erfolge.

Dobbert.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 20. October 1893.

1. Dr. Bergmann demonstrirt eine Kastanienschale welche er vor einigen Tagen durch Tracheotomie aus dem Larynx eines 7-jährigen Kindes entfernt hat, wo dieselbe 1 Woche, ohne Respirationsbeschwerden zu verursachen, gelegen hatte.

2. Die Discussion über die Cholera leitet Dr. Heerwagen durch einen Bericht über den Gang der diesjährigen Choleraepidemie in Riga ein. Am Tage nach ihrer Ankunft in Riga erkrankt eine aus Petersburg angereiste ältere Frau am 31. August, und stirbt nach 21-stündiger Krankheit. 3 Tage später wird ein Matrose ins Krankenhaus eingeliefert, der vor etwa 3 Wochen seinen nicht verseuchten Heimatshafen Kotka in Finnland verlassen hatte, der jedoch mit seinem Schiff etwas unterhalb der Uferstelle gelegen hatte, wo das kurze Drainrohr des Hauses, in welchem ersterwähnte Frau krank lag, in die Düna mündet. Während ersterer Fall bakteriologisch nicht untersucht worden, hatte der zweite typische Cholerabacillen. Die Abhängigkeit des zweiten Falles vom ersten lässt sich ungezwungen durch thatsächlich geschehenen Gebrauch von direct aus der Düna geschöpftem Wasser erklären. Im Laufe der nächsten 25 Tage wird kein choleraverdächtiger Fall bekannt. Am 28. Sept. erkrankt ein Arbeiter auf Alexandershöhe, am 29. einer in Hagensberg, am 1. October einer in Ilgezeem. Einen Zusammenhang der Fälle nachzuweisen ist nicht gelungen, Detailnachforschung dadurch erschwert, resp. unmöglich gemacht, dass sie sämmtlich rapid zu Grunde gingen. An diese Fälle schliesst sich die kleine Epidemie, die bisher einige 40 Fälle umfasst und von unerhörter Bösartigkeit gegen 90 pCt. der Erkrankten zum Opfer gefordert hat. Typisch für die Verbreitung ist, dass unabhängig von Wasserbezug, von Boden und Grundwasserverhältnissen Familienglieder hintereinander erkranken, Verwandte und befreundete Personen, die die Kranken zu Hause behalten. Weder die epidemiologische Beobachtung, noch die durch Dr. Krannhals wiederholt vorgenommene Untersuchung des Wassers, besonders der Infection ausgesetzter Stellen der Düna und ihrer Nebenarme erlauben, eine Infection des Wassers anzunehmen. An der Hand einer graphischen Darstellung legt Vortr. die zeitliche Verbreitung der Fälle dar, die örtliche Vertheilung wird durch einen Stadtplan, in welchem sämmtliche bisherigen Krankheitsfälle eingetragen worden illustrirt. (Autorreferat).

Im Anschluss hieran giebt Dr. Radecki einen kurzen Bericht über den klinischen Verlauf, wie er in diesem Jahre in der Choleraabtheilung des Stadtkrankenhauses zu beobachten gewesen. Bemerkenswerth ist die grosse Bösartigkeit der diesjährigen Epidemie selbst bei Berücksichtigung des Umstandes, dass fast überall der Anfang der Epidemie diesen Charakter aufweist. Hochgradige Herzschwäche beherrscht das Krankheitsbild, gegen welche sich jegliche Therapie machtlos erweist. Relativ oft kam das Typhoid, immer mit letalem Ausgang zur Beobachtung.

Dr. Krannhals erwähnt in Betreff des anatomischen Theils der Frage, dass es ihm auffallend gewesen, in wie wenig ausgetrocknetem Zustand sich die Leichen befunden haben. Auch die Harnblase ist meist in gefülltem Zustande anzutreffen gewesen, während das Umgekehrte für die Cholera gerade charakteristisch ist. Die ihm zur Untersuchung überwiesenen Stuhlentleerungen haben ein mehr dunkles Colorit aufzuweisen gehabt, selten das gewöhnlich zu beobachtende reiswasserähnliche.

Dr. Carlblom ist es auffallend, wie oft jetzt Cholerafälle zur Beobachtung gelangen, ohne den charakteristischen Bacillenbefund.

Dr. Heerwagen muss falls Dr. Carlbloms Bemerkung der Gedanke zu Grunde liege, es gäbe asiatische Cholera ohne Commabacillen, die gegentheilige Anschauung vertreten. Wie zu cholerafreien Zeiten nie echte Commabacillen bei Brechdurchfällen gefunden worden sind, so wenig ist je bei einem echten Cholerafall, der von Beginn an in bakteriologischer Beobachtung gestanden, der spec. Cholerabacillus vermisst worden. Bei den häufigen Brechdurchfällen, die in diesem Sommer wohl wegen der befürchteten Cholera in besonders grosser Zahl in Riga bekannt wurden, sind nie Cholerabacillen gefunden worden. Erst nachdem der Cholerabacillus eingeschleppt, haben wir Cholerafälle, und diese wiesen auch stets die Bacillen auf. Auch der klinische Verlauf weist sichtliche Differenzen auf. Im Laufe des Sommers sind mindestens 50 Brechdurchfälle anscheinend schwerer Art bekannt geworden — von denen starben nur 2 — es handelt sich also um eine Krankheit, die keine schwere Lebensgefahr involvirt; von den echten Cholerafällen sind etwa 90 pCt. gestorben. Falls Dr. Carlblom nur die technische Seite der Frage im Auge gehabt habe, so wolle er darauf hinweisen, dass es sowohl Cholerafälle gäbe, bei welchen Commabacillen nur während kurzer Zeit sich in den Dejecten finden, als andere Fälle, deren Dejecte die Bacillen in nur sehr geringer Zahl enthalten, wodurch ihr Nachweis sehr erschwert wird.

Dr. Radecki hält diesen Ausführungen entgegen, dass im Laufe des Sommers wiederholt ungemein schwere Fälle in die Choleraabtheilung aufgenommen worden sind, welche klinisch in ausgesprochener Form das typische Bild der Cholera aufwiesen, alle letal, oft in kürzester Zeit verliefen, bei denen in den Dejectionen, trotzdem die Untersuchung von durchaus sachverständiger Seite ausgeführt worden, sich doch keine Commabacillen nachweisen liessen, die Schwere des Verlauf's mithin nicht in einen Zusammenhang mit dem Nachweise der Bacillen zu bringen sei. Anderseits sind unter den echten und schweren Cholerafällen mit Bacillennachweis einzelne Fälle zu registriren, wo bei reichlichem Bacillenbefund der klinische Verlauf das Bild einer überaus leichten Diarrhoe geboten habe.

Dr. Hampeln betont ebenfalls, wie solches auch schon in Berlin in Friedrichshain gelegentlich einer Discussion geschehen, dass ihm ein Zusammenhang zwischen Choleranostrasfällen zu Cholerazeiten und Cholerafällen mit Bacillenbefund zu existiren scheine. Denn wenn es ja auch zu gewöhnlichen Zeiten gelegentlich Choleranostrasfälle mit tödlichem Ausgang gäbe, so ist das häufige Vorkommen dieses Umstandes gerade bei Cholerazeiten doch höchst beachtenswerth.

Dr. Donner glaubt in therapeutischer Beziehung die Hydrotherapie, speciell die Winternitzsche Methode empfehlen zu können.

Dr. Radecki hat gerade letztere Methode nicht in Anwendung gebracht, weil die Resultate mit derselben, wie aus Publicationen von sehr berufener Seite zu entnehmen ist, als durchaus ungünstig zu betrachten sind.

3. Dr. Tiling hält seinen angekündigten Vortrag über einen Fall von moralischem Irresein.

Baron A. v. K. geb. 16. Mai 1834 stammt aus einer Familie, in der Geistesstörung und Abnormitäten zu Hause sind. Beide Eltern waren excentrische Charaktere, ein Bruder starb geisteskrank. Als Knabe war Pat. still und träumerisch, als Jüngling Phantast, zeitweilig von einer Idee ganz erfasst, als Student Renommist, hochmüthig. Dabei soll schon früh die Neigung bemerkt worden sein, sich fremdes Eigenthum anzueignen. Er heirathete früh, die erste Frau starb nach zwei Jahren. Nach weiteren zwei Jahren heirathete er wieder. Er hat beide Frauen durch Egoismus und Eitelkeiten, rücksichtsloses Benehmen und schlechte Wirthschaft unglücklich gemacht. Drei Güter erbte er nach einander, die er durch unsinnige Speculationen verwirthschaftete. Nie dachte er daran, Schulden oder Zinsen zu bezahlen, oder auch nur die erhaltenen Obligationen, wie versprochen auf seine Güter zu ingrossiren. Um nun Anleihen zu erhalten liess er sein Gut falsch vermessen und taxiren. Bei dem schliesslichen Verkauf wegen Schulden, suchte er Näherrechte geltend zu machen, die nicht existiren. Vergeblich hatte er sich bemüht ein schon ganz verschuldetes Gut zum Majorat zu machen. Er hatte auch keine Bücher geführt, rühmte sich aber immer mit seiner Musterwirthschaft. Im Jahre 1879 hatte er zum dritten Mal geheirathet, vergötterte anfangs seine Frau, später entstanden, wie in den ersten Ehen Zwistigkeiten, er beschuldigte die Frau der Untreue, während er selbst auf unerlaubtem Umgange betroffen wurde. Als alle Mittel erschöpft waren, zog er nach Dorpat, er lebte dort von der Unterstützung einiger Verwandten. Er eröffnete einen Mittagstisch für Studenten «um ihnen gebildeten Umgang zu schaffen», benahm sich dabei aber so prahlerisch, ausfahrend und tactlos, dass sich die Gesellschaft bald auflöste. Er begriff nicht woran das lag, betrachtete die Tischgenossen als treulos und suchte sie wiederzugewinnen. Die Frau hielt Pensionäre, und da es ihm nicht mehr gelang die Leitung im Hause zu gewinnen, suchte er den Credit der Frau zu untergraben um das Unternehmen zu sprengen. Endlich entschloss sich die Verwandtschaft den Baron K. der Anstalt Rothenberg zu übergeben am 6 März 1893. Er war unter dem Vorwand einer Consultation der Anstalt zugeführt und wunderte sich, dass die Begleiter verschwunden waren ohne Abschied. Anfangs entschloss er sich einige Stunden, dann einige Tage zu bleiben, da sein persönliches Eingreifen und Mitwirken bei einem Riesenprocess erforderlich war. Bei diesem Process waren 4 Advocaten thätig. Einen gewaltigen Eindruck hatte auf ihn der Ausspruch der Aerzte gemacht, sein Herz und seine Blutgefässe seien nicht in Ordnung, und so fürchtete er neben den angeblich drohenden Verlusten des Processes einerseits, doch auch andererseits sich der Beobachtung der Aerzte zu entziehen und schwankte hin und her. Demnach erwartete er ungeduldig ein Zeugniss aus Dorpat welches seine volle Geistesklarheit bescheinigen sollte. Im Gespräch war er unendlich weitläufig, erläuterte alle Einzelheiten und Phasen des Processes, prahlte mit seinen Kenntnissen des



Rechts und der Gesetze, mit seinen Leistungen als Landwirth, wie als Segler, Jäger etc. und mit mancherlei praktischen Erfindungen. Er klagte anderseits über die schlechte Wirthschaft seiner Frau, rühmte sie aber als Schönheit und Gesellschafterin, der alle mehr oder weniger, ohne ihre Schuld, zu Füssen lägen. Sich selbst schilderte er als Ehrenmann von Scheitel bis zur Sohle. Mittlerweile hatte er sich in der Anstalt eingelebt und verbrachte den Tag unter allerhand nichtigen kleinen Thätigkeiten, Kegelspielen, am Billard, mit Schach und Karten, oder indem er sich an der Wäscherolle, oder im Garten zu schaffen machte, um alle Muskeln des Körpers auszubilden. Er kam dann auch zum Schluss, dass er nie so kräftig und schön gewesen, ja er äusserte den Wunsch sich malen zu lassen. In den eben angegebenen Künsten meinte er allen überlegen zu sein; spielte mit Geschick und Berechnung, ja verschmähte keine Art von Vortheil, so dass er dadurch wie durch sein herrisches prahlerisches Wesen allgemein gemieden wurde. Seinem Hochmuth wurde nur die Wage gehalten durch seine Sorge um die Gesundheit. Process und häusliche Angelegenheiten traten allmählich immer weiter aus seinem Gesichtskreis heraus, vergessen wurden sie nicht, vielmehr gelegentlich in alter Schärfe und Genauigkeit vorgetragen. Gegenwärtig rüstet er sich zur Fahrt nach Petersburg, wo seine Anwesenheit verlangt wird zur Schlussverhandlung seines Processes. Dieser Mann ist sein Leben lang von einem Theil für gesund, von einem andern für krank gehalten worden. Auf die Literatur über das moralische Irresein, um das es sich hier handelt, geht Vortragender nicht ein, weil er sie schon bei einer früheren Gelegenheit aufgeführt. In Deutschland gelten diese Kranken, besonders seit Westphal sich energisch dafür ausgesprochen, als zum Schwachsinn gehörig; in England und Frankreich ist das nicht der Fall, auch Fovel räumt ihnen einen besonderen Platz ein. Auch dem Vortr. scheint es etwas Anderes zu sein ob die Elementarkräfte des Geistes geschwächt, oder ob sie falsch gemischt sind und regellos functioniren. Freilich sitzt der Fehler im Denkvermögen und davon abhängig ist die Verwirrung der moralischen Begriffe. Im Einzelnen fehlt es nicht an Kenntnissen und Erfahrungen auf verschiedenen Gebieten des Wissens, aber alle Combinationen sind Illusionen und entsprechen nicht der Wirklichkeit. Auch der Codex der bürgerlichen Anständigkeit ist dem Pat. bekannt, aber bei seiner praktischen Ausführung weichen diese Regeln seinen überwuchernden, phantastischen Plänen und Zielen, wobei die Scrupel und Bedenken gewöhnlicher Menschen als zu eng und kleinlich für ihn keine Geltung haben. Im vorliegenden Fall spielt gegenwärtig das Senium mit.

Dr. Ed. Schwarz fragt Vortr. ob sich an seinem Kranken Degenerationszeichen haben nachweisen lassen. Es ist doch die Frage, ob die von Dr. Tiling geschilderte Persönlichkeit wirklich als Kranker aufzufassen sei, oder als degenerirtes moralisch defectes Individuum, das erst jetzt Symptome von Alters-Demenz zeige, welche Störungen als krankhafte anzusehen seien, da diese Erscheinungen erst im Alter hinzugetreten. Die Wichtigkeit der Degenerationszeichen für die Begutachtung von Verbrechern zuerst betont zu haben ist ein entschiedenes Verdienst des Italieners Lombroso.

Dr. Tiling verneint die Frage ob Degenerationszeichen vorhanden gewesen sind, und hebt hervor, dass die Lombrososchen Lehren jetzt in Deutschland sehr in Zweifel gezogen werden. In dieser Hinsicht habe namentlich die umfangreiche statistische Arbeit Bährs gewirkt, durch die bis in's Einzelne hinein die Bedeutungslosigkeit der Lombroso'schen Degenerationszeichen nachgewiesen sei.

Dr. Ed. Schwarz giebt zu dass die Schlüsse Lombroso's vielleicht zu weitgehende sind. Die Thatsache ihres Bestehens könne jedoch nicht in Zweifel gezogen werden. Wie wichtig eine scharfe Unterscheidung zwischen psychischer Krankheit und Degeneration ist, zeigt sich in den Propositionen der neueren Strömungen im juristischen Lager, die durch Lombroso in's Leben gesetzt worden sind, die geborenen Verbrecher, welche grobe Verbrechen vollführt haben, hinzurichten, die geisteskranken Verbrecher dagegen in Irrenanstalten zu verpflegen.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 30. November 1893.

1. Herr Nissen hält einen zum Druck bestimmten Vortrag: «Ueber die Diazo-Reaction, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbett des Kindes». Vortr. demonstrirt die Reaction und erläutert den Vortrag durch zahlreiche Tabellen und Temperaturcurven.

Herr Wladimiroff vermisst in der Literatur Angaben über das Vorkommen der Diazo-Reaction nach Injection von bakteriellen Stoffwechselproducten und ist geneigt anzunehmen, dass hierauf gerichtete Untersuchungen zu keinen positiven Ergebnissen geführt haben.

Auf die Anfrage des Präses, ob die D.-R. in der Hospitalpraxis bereits eine grössere Verbreitung gewonnen, erfolgen nachstehende Angaben:

Herr Kernig: im weiblichen Obuchow-Hospital ist Herr Essen mit Untersuchungen über die D.-R. beschäftigt.

Herr Westphalen: im deutschen Alexander-Männer-Hospital ist die Diazo Reaction seit längerer Zeit, besonders von Dr. Lackschewitz angewandt und bei Abdominaltyphus (gleichzeitig mit Exanthem und Milztumor) ausnahmslos, bei Lungentuberculose und croupöser Pneumonie mehrfach gefunden worden. Fälle von Masern kamen nicht zur Beobachtung.

2. Herr Wanach berichtet, im Anschluss an den von Herrn v. Schrenck mitgetheilten Verletzungsfall, (cf. diese Wochenschrift 1893 № 49 und 1894 № 2) über folgenden «Fall von penetrirender Bauchwunde mit multiplen Verwundungen des Darmes.»:

Am 24. October wurde die 20-jähr. Patientin, von ihrem Manne mit einem Messer verwundet, ins Peter-Paul-Hospital gebracht. Es fand sich eine 15 Cm. lange, von der rechten Spina ossis ilei super. anter. schräg nach oben ziehende penetrirende Bauchwunde in welcher ein mit Blut und Koth verunreinigtes Convolut von Darmschlingen vorgefallen und eingeklemmt war. Die Verletzte war nach erheblichem Blutverlust und recht weitem Transport per Droschke sehr anämisch, der Puls klein. Nach Reinigung der vorgefallenen Theile ergab sich folgendes: es lagen Colon ascendens und Dünndarmschlingen vor, welche letzteren durch Messerstiche und Schnitte mehrfach verletzt waren. Der ganze Darmtheil war in 5 Stücke zerschnitten, wobei die einzelnen Stücke noch zahlreiche perforirende Stichwunden aufwiesen. Die ganze verwundete Darmpartie — in einer Länge von 70 Cm. — wurde resecirt, das Mesenterium besäumt, die Darmlumina vereinigt, versenkt. Jodoformgaze-Tampon. Eine in die Bauchwunde gelegte Naht musste wegen Eiterung wieder entfernt werden. Die Reconvalescenz verlief zögernd, der Puls blieb noch lange klein und frequent. Es trat einige Male Erbrechen, aber kein Singultus und keine Auftreibung des Abdomens auf. Am 4 Tage gingen zuerst Flatus ab, am 5. erfolgte der erste Stuhl; danach leichter Durchfall. Die Temperatur blieb die ersten 10 Tage erhöht (bis 39°) und sank dann zur Norm. Jetzt ist Pat. ausser Gefahr, Temperatur normal, die Bauchwunde granulirt *).

Das resecirte Darmstück wird demonstrirt.

Vortr. knüpft an den mitgetheilten Fall noch einige allgemeine Bemerkungen über die Behandlung solcher Verletzungen. Die Fähigkeit des Peritoneums zur schnellen Bildung von Adhäsionen ist für den Chirurgen von hohem Werth. Der Jodoformmarly-Tampon scheint die Bildung von Adhäsionen noch zu beschleunigen, sodass man selbst schon nach Stunden einen abgeschlossenen Raum in der Bauchhöhle erhalten kann. Bei grösseren penetrirenden Bauchwunden hält Vortr. es nicht für rathsam, dieselben direct zu schliessen, sondern empfiehlt die Jodoformgaze-Tamponade. Die Verletzung des Darmes als solche giebt eine bessere Prognose, wenn sie erst ausserhalb der Bauchhöhle am vorgefallenen Darm erfolgt, wie in diesem Falle, weil dann der Darminhalt sich nicht direct in die Peritonealhöhle ergiesst. Ist man genöthigt, den Darm zu reseciren, so vereinige und versenke man die Darmenden, lege aber keinen Anus praeternaturalis an. Ist das vorgefallene Darmstück verdächtig, so könne man so verfahren, wie bei gangraenverdächtigen Hernien: man behalte den Darm zunächst in der Wunde und versenke ihn erst später in die Bauchhöhle.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. W. Koch's (Bonn) bestätigt die günstige Wirkung des Atropins bei Morphinismus. Er hatte Gelegenheit das Atropin in einem Falle innerhalb 10 Monaten fünfmal zur Anwendung zu bringen, dabei erwies es sich, dass dieses Mittel in sehr kurzer Zeit die starke Secretion der Luftwege, des Darmes und der Haut beseitigt, auch wurde die Beobachtung gemacht, dass das Atropin die Abstinenzerscheinungen mässigt und auch die Möglichkeit der allmählichen Entziehung beschleunigt. Er machte Atropin-Morphiuminjectionen in der Menge von 0,0002—0,0005 Atropin und 0,02 Morphin pro dosi und zwar nur einmal täglich.

(Therap. Monatsheft, Heft 11).

— Das Antinervin — Radlauer (Salicylbromanilid) wird in jüngster Zeit vielfach empfohlen und besonders bei Influ-

*) Anmerkung bei der Correctur. Die Patientin ist inzwischen genesen; die Function des Darms ist normal. Der Ernährungszustand der Patientin ist vortrefflich und die Narbe ganz fest, sodass die Verletzte auf ihren Wunsch als Krankenwärterin im Hospital arbeitet. (Wanach).

enza angewandt. Es bewirkt unter starker Schweisssecretion Abfall der Temperatur und Abnahme der neuralgischen Schmerzen. Die Dosis beträgt 0.5 4 mal täglich verabfolgt. Ausserdem wird es bei Gelenkrheumatismus, Neuralgieen und catarrhalischem Fieber angewandt.

Vermischtes.

— Die St. Petersburger medicinische Gesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung am 25. Januar. Dr. W. Stolz zum Präsidenten, Dr. B. Ocks zum Vicepräsidenten und die Aerzte M. Gesselewitsch, B. Woinow und S. Grusenberg zu Secretären gewählt. Die Gesellschaft zählt gegenwärtig 18 Ehrenmitglieder, 71 wirkliche und 21 correspondirende Mitglieder. Im Laufe ihres 10-jährigen Bestehens hat die Gesellschaft 120 Sitzungen abgehalten.

— Am 18. Januar beging der Chef des Medicinalwesens im Turgai-Gebiet, Dr. Hippolyt-Jurezki, sein 35-jähriges Jubiläum im Militär-Medicinaldienst, an welchem nicht nur die Aerzte Orenburgs, sondern auch das Officierscorps mit dem Gouverneur und Commandirenden der Truppen des Turgai-Gebietes sich betheiligten.

— Dr. D. A. Ssokolow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Kinderkrankheiten an der genannten Academie habilitirt.

— Der bisherige ausserordentliche Professor der Geburtshülfe, der Frauen- und Kinderkrankheiten an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Gubarëw ist als odentlicher Professor bestätigt worden.

— Verstorben: 1) Im Gouvernement Kiew der frühere Landschaftsarzt A. J. Wygowski im Alter von 59 Jahren an Morbus Brightii. Nach Absolvirung des Arztexamens in Kiew war W. anfangs Assistent an der therapeutischen Klinik der dortigen Universität, dann Hausarzt bei einem reichen Gutsbesitzer und nach Einführung der Landschafts Institutionen Landschaftsarzt im Jekaterinoslawschen Kreise. Im vorigen Jahre machte er einen schweren Flecktyphus durch, an den sich die Nierenkrankheit schloss, der er nach mehrmonatlichem Leiden erlag. 2) In Jena der ehemalige Professor der Frauenheilkunde Dr. Ferdinand Frankenhäuser, welcher anfangs in Jena, dann in Zürich docirte. Im Jahre 1888 nahm er seinen Abschied und lebte seit der Zeit in Jena. Er ist mehrfach auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und Anatomie auch literärisch thätig gewesen. 3) In Budapest am 16. (28.) Januar der Professor der pathologischen Anatomie an der dortigen Universität. Dr. Gustav Scheuthauer, im 61. Lebensjahre an Fettherz und Schrumpfniere. Der Hingeschiedene war ein Schüler des grossen Wiener Pathologen Rokitansky, als dessen Assistent er 10 Jahre hindurch fungirte. Nachdem er sodann kurze Zeit als Prosector des Brünner Krankenhauses gewirkt hatte, wurde er 1871 nach Budapest berufen, wo er anfangs zum Primar-Prosector und Gerichtsanatomen und 1874 zum ord. Professor der pathol. Anatomie ernannt wurde. Die Wissenschaft verdankt ihm zahlreiche werthvolle Arbeiten über pathologische Anatomie und gerichtliche Medicin. Aus seiner Feder stammen auch mehrere Artikel in Eulenburgs Real. Encyclopädie, wie Glioma, Neurom, Perlgeschwulst.

—Von den 60 Aerzten, welche vor 40 Jahren gleichzeitig den Cursus der medico-chirurgischen Academie absolvirten, sind, wie der «Jeshenedjelnik» mittheilt, ausser den sieben von uns in der vorigen № d. Wochenschrift namhaft gemachten Aerzten, noch fünf Aerzte am Leben, und zwar die DDr. A. L. Ebermann, M. Müller und B. A. Fischer in St. Petersburg, M. Matwejew in Moskau und J. A. Minkewicz in Warschau.

— Die «Russkaja Medicina» bringt in ihrer Chronik (№ 1 pag. 22) nach dem «Nowoross. Tel.» die Mittheilung über das unmenschliche Vorgehen des Oberarztes des jüdischen Hospitals in Odessa. Dr. Morgulis, der eine Kreissende nach Abfluss des Fruchtwassers nicht aufgenommen und sich später damit entschuldigt haben soll, dass nach dem Statut des Hospitals Gebärende überhaupt nicht aufgenommen werden dürfen. Die Redaction der «Russk. Med.» hält, anknüpfend an diese ihr selbst noch nicht aufgeklärt erscheinende Mittheilung, die Forderungen der «Nowor. Tel.», dass jüdische Aerzte nicht Directoren von Hospitälern sein und überhaupt nicht in den öffentlichen Dienst gestellt werden dürften, weil sie nicht im Stande seien sich die Wichtigkeit desselben klar zu machen, — für pia desideria und meint, dass «zu unserer Schande sogar in der Hauptstadt und selbst in Instituten, die das heilige Zeichen des Kreuzes tragen, Juden sitzen, obgleich sie dort natürlich nicht nöthig seien». Diese «frommen» Wünsche und Meinungsäusserungen charakterisiren den Standpunkt der neuen Redaction gegenüber den Collegen jüdischer Herkunft und zeigen, was diese letzteren von ihr an Recht und Billigkeit zu erwarten haben. Es ist sehr bedauerlich, wenn ein medicinisches Blatt, das die Interessen des ganzen ärztlichen Standes unparteiisch und collegial vertreten soll, sich nicht scheut auf Grund einer durch nichts bewiesenen Zeitungsnachricht einen Theil unserer Standesgenossen in dieser hässlichen Weise anzugreifen und in ihrer Stellung zu gefährden. Ganz unpassend aber und für den Christen sehr peinlich ist es zu sehen, dass das «heilige Zeichen des Kreuzes» bei diesem möglichst uncollegialen und lieblosen Vorgehen herangezogen wird.

Es ist noch zu bemerken, dass die mitgetheilte Affaire bereits im «Wratsch» ihre Aufklärung gefunden hat.

— Das 50-jährige Jubiläum des Professors der Physiologie in Genf, Dr. Moritz Schiff, wurde am 24. Jan. n. St. mit einer von der dortigen medicinischen Facultät veranstalteten Feier begangen, auf welcher der Decan der Facultät Prof. Prevost, die Festrede hielt. Von der Universität Göttingen wurde dem Jubilar das erneuerte Doctordiplom übersandt.

— Prof. Baccelli hat, obschon er zum Unterrichtsminister ernannt worden, den Vorsitz im Organisationscomité des XI. internationalen Congresses zu Rom beibehalten und wird auch dem Congress selbst präsidiren. (A. m. C.-Ztg.)

— Die italienische Regierung hat beschlossen, 30,000 Lire zur Bestreitung der Kosten des internationalen Congresses in Rom zur Verfügung zu stellen.

— Der XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird, wie Prof. Dr. F. v. Esmarch (Kiel) als Vorsitzender für 1894 bekannt macht, mit Rücksicht auf den internationalen Congress zu Rom, in diesem Jahre vom 18.–21. April in Berlin tagen. Die Begrüssung der Mitglieder findet am 17. April, 8 Uhr Abends im Hotel de Rome. Die Sitzungen Morgens von 10—1 Uhr und Nachmittags von 2—4 Uhr im Langenbeckhause statt. Zur allgemeinen Besprechung werden nachstehende drei wichtige Gegenstände gelangen: 1) Ausgänge der tuberculösen Hüftgelenksentzündung bei conservativer Behandlung. Referent Prof. Bruns (Tübingen). 2) Frühoperation bei Osteomyelitis». Ref. Prof. Küster (Marburg). 3) «Frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder». Ref. Prof. v. Bardeleben (Berlin).

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen sind baldmöglichst an den ständigen Schriftführer. Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Gurlt (Berlin W., Keithstrasse № 6) einzusenden.

— Nach dem Jahresberichte der Universität Kiew betrug die Gesammtzahl der Studirenden am 1. Jan. d. J. 2326, zu welchen noch freie Zuhörer und 76 Apothekergehülfen kommen. Den Arztgrad haben dort im verflossenen Jahre 194 Personen erlangt.

— An der Charkower Universität belief sich am 1. Januar d. J. die Gesammtzahl der Studirenden auf 1209, von denen 740 der medicinischen Facultät angehören. Der Unterhalt dieser Universität kostete im vergangenen Jahre 384,599 Rbl.

— Der Astronom Flammarion stellt im «Medical Record.» einige interessante Berechnungen über die Sterblichkeit im Kriege an. Im vergangenen Jahrhundert wurden über 19 Millionen Menschen in den Kriegen der civilisirten Länder getödtet und 1200 Millionen während der letzten 30 Jahrhunderte. Nach Fl.'s Berechnung würde das Blut dieser Kriegsopfer 18 Millionen Cubikmeter einnehmen, deren Gewicht 18,900 Millionen Kilo beträgt. Wenn 1200 Millionen Skelette eines auf das andere gestellt würden, würde diese Leiter den Mond erreichen und noch viermal so weit über ihn hinausreichen, das heisst eine Höhe von 500,700 Meilen haben. Die Leichen in den Kanal geworfen, würden eine Brücke zwischen Frankreich und England herstellen und das atlantische Meer von der Nordsee durch ein Wehr trennen. Wenn man die Schädel der im Kriege umgekommenen Männer nebeneinanderlegte, würde ein Band entstehen, das 6 mal um die Erde reichte. («Wien. med. Pr.»)

— Das französische Unterrichts-Ministerium hat vor Kurzem der Pariser medicinischen Facultät die Frage zur Entscheidung vorgelegt, ob das durch das Decret v. 5. Juni 1893 festgesetzte neue Baccalaureatsexamen als genügende Vorbereitung zum medicinischen Studium zu betrachten sei. Die aus fünf Professoren und dem Rector der medicinischen Facultät bestehende Commission hat jetzt diese Frage nach sorgfältiger Prüfung des Programms, dessen Hauptpunkt bekanntlich die vollständige Beseitigung des Studiums der classischen Sprachen ist, im verneinenden Sinne beantwortet. Der Arzt, so heisst es in der Begründung des Bescheides, sei sein ganzes Leben hindurch auf den Gebrauch einer Terminologie angewiesen, die durchweg dem Lateinischen und Griechischen entstamme, und wenn er sich auch mit der Zeit eine oberflächliche Kenntniss dieser Ausdrücke aneignen kann so bleibe es doch ein peinliches Gefühl geistiger Inferiorität, sich beständig eines «Handwerkszeuges» zu bedienen, dessen Ursprung man nicht

kenne. Dieses Gefühl müsse man im Interesse des Standesbewusstseins dem zukünftigen Arzte zu ersparen suchen. Die Commission erklärte es ferner für unumgänglich nöthig, dem Studium der alten Sprachen noch das einer neueren, und zwar der deutschen Sprache beizufügen. Was die Erweiterung des Programms der Naturwissenschaften betrifft, so hält die Commission dieselbe nicht für nöthig, da die beiden ersten Semester des Studiums denselben ausschliesslich gewidmet seien. Eine gründlichere Vorbereitung in der Mathematik sei ebenfalls nicht erforderlich.

(A. m. C.-Ztg.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Januar d. J. 6486 (73 wenig. als in der Vorwoche), darunter 247 Typhus — (5 wenig.), 765 Syphilis — (47 wen.), 48 Scharlach (3 wen.), 23 Diphtherie — (11 weniger), 69 Masern — (3 wenig.), 22 Pocken — (4 mehr) und 33 Cholerakranke — (15 weniger) als in der Vorwoche.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle in Kreise Dorogobusch (Gouv. Smolensk). Gehalt 1000 Rbl. jährl. nebst freier Wohnung und Beheizung. Adresse: «Дорогобужская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Ustsyssolsk (Gouv. Wologda). Geh. 1200 R. und Quartiergeld 300 R. jährl. Adresse: «Устьсысольская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. Januar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
291	275	566	111	30	100	10	8	21	47	52	53	47	50	29	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 18, Scharlach 3, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 19, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 23 Krankheiten der Verdauungscanals 45, Todtgeborene 29.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. Februar.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 5 Февраля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, 12. (24.) Februar 1894

Ein aseptisches Nähzeug und eine mit demselben auszuführende Nähmethode *)

Von

Dr. F. Paulson in Noworossiisk.

Häufig kommt der praktische Arzt, besonders der auf dem Lande lebende, in die Lage, mit ungenügender oder gar ganz ohne Assistenz operiren zu müssen. Dabei ist das Nähen der Wunden durch das häufige Einfädeln der für jede einzelne Knopfnaht bestimmten Fäden eine äusserst zeitraubende und für die Aseptik der Wunde Gefahr bringende Procedur, und trotz sorgfältigster Sauberkeit gelingt es häufig nicht die Stichkanäle vor Eiterung zu schützen.

Bereits im Jahre 1886 hat Dr. Grosch in Dorpat einen Nadelhalter construirt, der sowohl ein rasches und bequemes Nähen ermöglichen, als auch die Verunreinigung des Fadens während der Arbeit verhüten sollte. Leider war aber das Instrument so unbequem in der Handhabung und so schwer zu reinigen, dass es sich trotz seiner Vorzüge, soviel mir bekannt ist, nirgends eingebürgert hat. Die Idee Dr. Grosch's verwerthend habe ich mir ein Nähzeug anfertigen lassen, das soweit ich es bis jetzt beurtheilen kann, beiden Anforderungen Genüge leistet und dabei handlich und leicht rein zu halten ist. In Folgendem erlaube ich mir den Collegen die Beschreibung dieses Instrumentes und die Anwendungsweise desselben zur Begutachtung vorzulegen.

Die Construction des Nähzeuges ist aus beistehender Zeichnung ersichtlich. Die Rollen (A) für den Faden sind aus Glas — für jede Fadenstärke eine besondere Rolle —, damit sie in jedem beliebigen Desinfectionsmittel aufbewahrt werden können. Die Nadeln, die das Oehr an der Spitze tragen, werden in den Halter (bei B) eingeschraubt. In den meisten Fällen bin ich mit einer geraden Nadel ausgekommen; nur ganz selten brauchte ich eine Nadel, die in Form eines Arterienhakens gebogen ist (C).

Das Anlegen der Knopfnähte geschieht in folgender Weise: Mit der linken Hand werden die Wundränder zusammengefasst, die Nadel wird mit dem Faden durch beide Wundränder hindurchgeführt. Darauf wird das freie Fadenende gefasst, die Nadel wieder zurückgezogen und der Faden etwa 1—2 Cm. vor dem Nadeloehr abgeschnitten. Das Knüpfen geschieht am bequemsten erst dann, wenn die ganze Reihe der Suturen angelegt worden[1]). Um grössere Wundlappen in breiter Fläche zur Verklebung zu bringen, habe ich an Stelle der Matratzen- oder Zapfennaht folgendes Verfahren angewandt. Man sticht die mit grobem Faden armirte Nadel durch beide Wundlappen — das freie Fadenende muss in diesem Fall länger als die Nadel sein, damit dasselbe nicht durch die Wundlappen hindurchschlüpfen kann — und zieht darauf die Nadel ein wenig zurück. Der Faden bildet dadurch Schlingen zu beiden Seiten der Nadelspitze. Durch die Schlinge auf der Seite des freien Fadenendes führt man nun mit der linken Hand einen Glasstab, welcher der Länge der zu vereinigenden Wundtheile entspricht, mit seinem zugespitzten Ende hindurch und zieht nun die Nadel völlig heraus. Der Glasstab wird dadurch vermittelst der Fadenschlinge leicht fixirt. Nun sticht man, ohne den Faden zu durchschneiden, etwa 3—4 Cm. weiter wieder durch die Wundtheile und bildet die Schlinge, durch welche wiederum der Glasstab hindurchgeschoben wird. In dieser Weise fährt man fort bis der Stab ni seiner ganzen Länge fixirt ist. Der Glasstab entspricht hierin also dem Faden im Schiffchen der Nähmaschine.

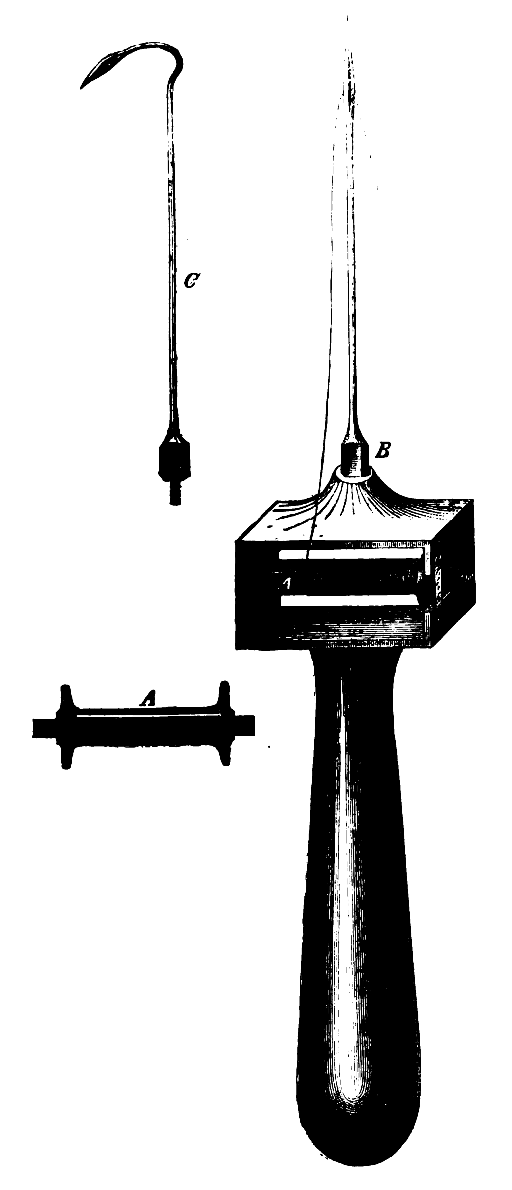
Zu fest darf der Faden natürlich nicht angezogen

*) Die Arbeit von Hüpeden: Ein aseptisches Nadelzeug. Berl. klin. Wochenschrift 1893 № 30 p. 727 ist erschienen als ich mein Nähzeug bereits im Gebrauch hatte. Das leitende Princip ist bei H. dasselbe wie bei mir.

[1]) Die Knopfnähte werden also genau so angelegt wie mit dem Hüpeden'schen Nadelzeug.



werden, damit nicht Decubitus oder Gangrän der Wundränder eintrete. Ich habe das Instrument bereits bei einer recht grossen Zahl von Operationen gebraucht. Die Zeit, die durch die Anwendung desselben erspart wird, ist eine sehr bedeutende, und da der Faden, bevor er durch



die Wundränder geführt ist, mit der Umgebung der Wunde und mit den Händen des Operateurs, resp. Assistenten garnicht in Berührung kommt, so ist bei sterilem Nähmaterial eine Stichkanaleiterung so gut wie ausgeschlossen. Bei mir wenigstens ist eine solche seit Anwendung des Instrumentes nicht mehr vorgekommen.

Ueber den Einfluss des Wasserstoffsuperoxyds auf einige pathogene Mikroorganismen.

Von

Dr. med. P. F. Schilow

(Petersburg).

Die vorliegende kurze Mittheilung ist ein Auszug aus einer Arbeit, die ich auf Vorschlag von Professor L. W. Popow im Lehrjahre 1892/1893 ausgeführt habe. Genauere Literaturangaben werde ich hier nicht machen und mich nur auf Angabe der grundlegenden Arbeiten beschränken. Das H_2O_2 wurde 1847 von Quenesville in die Therapie eingeführt. Vor ungefähr dreissig Jahren hat Richardson seine Fähigkeit die Fäulniss aufzuhalten nachgewiesen; Professor L. W. Popow hat zuerst seinen Einfluss auf den Gährungsprocess untersucht. Viele Autoren haben mit dem H_2O_2 gearbeitet, sind aber zu mehr oder weniger widersprechenden Resultaten gelangt, was meiner Meinung nach durch Unreinheit der Präparate bedingt ist. Die gewöhnliche Herstellungsart des H_2O_2 durch Einwirkung von Schwefel- oder Salzsäure auf Metallsuperoxyde kann keine reinen H_2O_2 Lösungen geben. Sie enthalten immer anorganische Säuren und sehr häufig Salze derjenigen Metalle, deren Superoxyde benutzt waren. Die Reinigung der verkäuflichen Präparate des H_2O_2 nach der Methode von Mann entfernt die Säuren auch nicht und giebt überhaupt sehr unzuverlässige Präparate. Ich habe daher die Angabe von Crismer[1]) benutzt, dass man durch Extraction des H_2O_2 aus seinen Lösungen mit Aether neutrale wässrige Lösungen ohne anorganische Salze erhalten kann, und zwar in einer Concentration von 0,544 bis 0,9 pCt. Durch Abdampfen einer grossen Quantität dieser Lösung im Wasserbade kam ich zur Ueberzeugung, dass die Angabe Crismers in der Beziehung richtig ist, dass in der Lösung wirklich keine Salze vorhanden sind, aber die Reaction der Lösung war bei einer Concentration von mehr als 2,2 pCt. sauer und die Analyse wies die Anwesenheit von Salzsäure nach Mit Rücksicht darauf, dass die Salze von Mineralsäuren in Aether unlöslich sind, verfuhr ich um reine H_2O_2 Lösungen zu gewinnen, folgendermassen: zur käuflichen 3 pCt. H_2O_2 Lösung fügte ich Na_2CO_3 bis zur stark alkalischen Reaction, filtrirte und schüttelte mit dem 10 bis 12-fachen Volumen Aether aus. Man braucht nicht länger als 3 bis 5 Minuten zu schütteln, da vorhergehende Versuche gezeigt hatten, dass der Procentgehalt des H_2O_2 im Aether nach dieser Zeit sich nicht mehr vergrössert. Die ätherische Lösung des H_2O_2 die neutrale Reaction hatte, wurde im Scheidetrichter von der stark alkalischen wässerigen Schicht getrennt und durch Destillation auf dem Wasserbade auf 0,01 bis 0,0025 des ursprünglichen Volumen eingeengt. Der Rest vom Aether wurde unter der Glocke über Paraffin entfernt. Dabei wurde aus der wässerigen Lösung ungefähr die Hälfte des in ihm befindlichen wasserfreien H_2O_2 gewonnen. Die auf diese Weise gewonnenen Präparate enthielten keine Mineralsäuren, trübten sich nicht mit Silbernitrat, der Niederschlag nach Zusatz von Aetzbaryt löste sich klar in Salzsäure.

Aus der quantitativen Bestimmung des H_2O_2 in der wässerigen und aetherischen Lösung ging hervor, dass der Verlust an H_2O_2 bei der Einengung der Aetherlösung bis auf 0,01 bis 0,0025 des ursprünglichen Volumen nicht mehr als 7 bis 10 pCt. beträgt. Die erhaltenen Concentrationen erreichten 50 Volumprocent. Aus den vorhandenen Daten kann man schliessen, dass die ätherischen H_2O_2 Lösungen sehr beständig sind. Die Eigenschaften der zwei von mir dargestellten Präparate sind kurz folgende:

[1]) Bull. de la Société chim. de Paris 1891. VI, p. 24.

1) Oelige farblose Flüssigkeit von stark saurer Reaction, spec. Gewicht 1,1756, enthält in 100 Ccm. 54 Grm. oder 38,7 Ccm. wasserfreien H_2O_2. Giebt auf der Haut einen kreideweissen Fleck und brennenden Schmerz. Bei Hinzufügen von Platinschwamm oder gepulvertem Silber entwickelt sich eine grosse Menge Gas; ein in das Gas gehaltenes Zündhölzchen entzündet sich und explodirt.

2) Dickere durchsichtige gelbliche Flüssigkeit, spec. Gewicht 1,2475, enthält in 100 Ccm. 79,57 Grm oder 54,8 Ccm. wasserfreien H_2O_2 Reaction stark sauer.

Bakteriologischer Theil.

Literatur.

Richardson. The Lancet 1880. стр. 389.

Л. В. Поповъ. Арх. клин. внутр. бол 1872. IV. Случая хрон. отравленія парами окиси цинка и опыты надъ дѣйствіемъ нѣкоторыхъ противубродильныхъ средствъ.

Kingzett. Peroxyde of Hydrog. Brit. med. Journ. 82. 1087.

Paul Bert et Regnard. Action de l'eau oxygenée. Compt. rend. 82. 1383.

Бородинъ (Прейнъ). Объ отношеніи H_2O_2 къ низшимъ организмамъ и пр. Труды Общ. Русск. Врачей въ С.-Петерб. за 1883—84 г. вып. II. стр. 374.

Покровскій Д. И. О вліяніи нѣкоторыхъ средствъ на ростъ и развитіе aspergillus fumigatus (Клин. Сб. госп. тер. кл. Император. Варш. Унив. подъ ред проф. Л. В. Попова. 1890. стр. 374.

Wood. Фармацевт. ж. 1887. стр. 199.

Weeks. Bacter. Untersuch. etc. Arch. für Augenheilk. 1888. XIX. 107

Paul Bert et Regnard (взято изъ статьи Aulde New-York. med. Journ. 1890. 711).

Albert Wilson. реф. Врачъ 1891. 477.

Sternberg u. Duggan. The Med. News. vol. XLVI 1885. 597.

Van Hettinga Tromp. ref. Centralbl. f. Bacteriol. 1888. № 25. стр. 800.

Gifford. Notes on the germicidal action of Perox. of Hydrogen. Med. Record. № 7, 1888 XXXIV 243.

Paul Gibier. Peroxide of Hydrogen and Ozone. New-York. Med. Journ. 90. 531—532.

Altehoefer. Apotheker Ztg. 1890. 485.

Kirchner. Berl. klin. Wochenschrift. 1892. № 43.

Nocard et Mallereau. De l'eau oxygenée comme moyen d'attenuation de certaines virus. Journ. de Médéc. de chir. et de pharmac. 1883. 465.

Meine Untersuchungen betreffen den Einfluss des H_2O_2 auf folgende Mikroorganismen: 1) Cholera asiatica 2) Typhus abdominalis, 3) Sporen des Bacillus Anthracis, 4) Staphylococcus aureus, 5) Diplococcus pneumoniae Fränkel.

Für die Culturen wurde Fleischpeptonbouillon nach den Angaben von Fränkel (Grundzüge der Bakteriologie) benutzt. Das destillirte Wasser und die Gefässe wurden vor jedem Versuch sterilisirt, das erste im Platintigel, die zweiten durch trockene Hitze bei 130 bis 160° C. im Verlauf von 1 bis $1^1/_2$ Stunden.

Die bakteriologischen Untersuchungen wurden unter der unmittelbaren Leitung des Assistenten bei der Klinik von L. W. Popow, Privatdocenten N. J. Tschistowitsch ausgeführt.

Zur Untersuchung der Cholerabacillen hatte ich Culturen von verschiedenem Ursprung zur Verfügung: 1) Aus dem Institut für Experimentalmedicin im Anfang August 1892. 2) Aus der Georgsgemeinschaft von Dr. Sirotinin Ende September 1892 und 3) Culturen von Hawkin, die ich durch Dr. Jawein aus Paris erhielt. Die Versuche zeigten, dass ein merklicher Unterschied der Culturen in ihrem Verhalten zum H_2O_2 nicht existirt.

Die Versuche verfolgten zweierlei Zwecke 1) die Dosis zu bestimmen, die die Bacillen tödtet, sie unfähig macht sich nach Ueberimpfung auf frische Bouillon zu entwickeln und 2) die Dosis zu bestimmen, welche den Nährboden für das Wachsthum der Bacillen untauglich macht. — Die Versuche wurden alle nach demselben Typus ausgeführt. Als Beispiel führe ich an:

Versuch I. Zu 1 Ccm. einer eintägigen Cultur von Cholerabacillen wird 1 Ccm. einer 2 pCt. H_2O_2 Lösung hinzugefügt, so dass das Gemisch 1 pCt. H_2O_2 enthält. Das Gemisch wird sorgfältig geschüttelt und von ihm nach 3, 5, 10 und 15 Minuten auf sterilisirte Bouillon in Reagenzgläschen geimpft. Weiter werde ich nur die Resultate der Versuche mittheilen.

Bei einem Gehalt von 1 : 200 werden die Cholerabacillen nach 3 Minuten getödtet. Bei einem Gehalt von 1 : 300 werden sie selbst nach einer Stunde nicht getödtet. Ein Unterschied in der Wirkung auf 1, 2, 4 und 8-tägige Culturen ist nicht zu bemerken. — Um den Einwand zu entkräften, dass die Bacillen nach der Ueberimpfung auf frische Bouillon sich vielleicht deshalb nicht entwickeln, weil bei der Impfung mit der Platinöse H_2O_2 in genügender Menge mit übertragen wird, um den Nährboden für das Wachsthum der Bacillen untauglich zu machen, wurde folgender Versuch gemacht: In ein Reagenzglas das mit 4 Platinösen voll Choleracultur inficirt war, wurden 4 eben solche Oesen voll 2,25 pCt. H_2O_2 Lösung gebracht, also einige Mal mehr als bei den Versuchen übertragen werden konnte, und dennoch entwickelten sich die Kommabacillen.

Um zu bestimmen, ein wie grosser Gehalt von H_2O_2 die Bouillon für das Wachsthum der Cholerabacillen untauglich macht, verfuhr ich so:

Zu 10 Ccm. steriler Bouillon wurde 1 Ccm. H_2O_2 Lösung von solcher Concentration zugesetzt, dass im Gemisch der Gehalt an H_2O_2 betrug: 1 : 3000; 1 : 4500; 1 : 6000; 1 : 8000; 1 : 9000; 1 : 10,000; 1 : 12,000; 1 : 13,500, 1 : 16,000; 1 : 18,000; 1 : 20,000; 1 : 30 000; 1 : 60,000.

Das Gemisch wurde sorgfältig geschüttelt, mit Kommabacillen geimpft und bei 36 bis 37° C. in den Thermostat gestellt Nach 10 Minuten, $^1/_2$ Stunde, 1 Stunde und 24 Stunden wurde auf frische Bouillon übergeimpft. — Es erwies sich, dass bei einem Gehalt an H_2O_2 von 1 : 8000 bis 1 : 10,000 die Bouillon untauglich wurde. Bei einem Gehalt von 1 : 12,000 bis 1 : 16,000 entwickelten sich die Bacillen zuweilen, zuweilen aber nicht. Bei noch schwächeren Concentrationen wuchsen sie immer. Impft man auf Bouillon mit einem H_2O_2 Gehalt von 1 : 8000 bis 1 : 10,000 und überimpft auf frische Bouillon nach 10 Minuten und nach 1 Stunde so wachsen die nach 10 Minuten überimpften Bacillen, die nach 1 Stunde überimpften dagegen nicht Daraus kann man den Schluss ziehen, dass ein sehr geringer Gehalt von H_2O_2 in Bouillon, die eben mit der Platinöse mit ein- oder mehrtägigen Kommabacillenculturen inficirt wurde, die Bouillon nicht nur zur Entwickelung der Bacillen untauglich macht, sondern auch die Letzteren tödtet.

Folgende Versuche beweisen, dass der zur Tödtung von Cholerabacillen in Culturen erforderliche Gehalt an H_2O_2 direct abhängig ist von der Anzahl der Bacillen in 1 Ccm. der Cultur. Es werden 4 Reagenzgläschen mit je 5 Ccm. Bouillon genommen. Zum ersten wird 0,5 Ccm. einer eintägigen Cultur zugefügt; das Gemisch wird sorgfältig geschüttelt und aus ihm 0,5 Ccm. in das zweite Glas gegeben: aus dem zweiten in's dritte. Dann wird in diese 3 Gläschen so viel H_2O_2 gegossen, dass die Concentration in jedem 1 : 5000 beträgt. Das vierte Glas wird inficirt und zur Controlle ohne H_2O_2 gelassen. Nach 1 Stunde wird auf frische Bouillon übergeimpft, alle Reagenzgläschen in den Thermostaten bei 36 bis 37° C. gestellt. Nach 24 Stunden hatten sich die Bacillen in dem Controllröhrchen entwickelt. In der Bouillon auf die übergeimpft worden war, hatten sich die Bacillen nur im ersten Reagenzglas entwickelt, d. h. in demjenigen, in welchem die Zahl der Bacillen in 1 Ccm. 10 Mal kleiner war als in der ursprünglichen Cultur.

Vielleicht erklären sich durch die ungleiche Zahl der Bacillen in der Volumeinheit die widersprechenden Angaben der Autoren hinsichtlich der Concentration des



H_2O_2 die zur Tödtung der Bacillen in einer bestimmten Zeit erforderlich ist.

Interessant war es zu erfahren, wie sich die Wirkung des H_2O_2 je nach der Alkalescenz der Bouillonculturen ändert. Es erwies sich, dass bei Erhöhung der Alkalescenz grössere Mengen von H_2O_2 erforderlich sind.

Aus vergleichenden Versuchen ergab sich, dass die Dosis, welche die Bouillon für die Entwickelung der Cholerabacillen untauglich macht für das H_2O_2 und Sublimat fast identisch ist: für das H_2O_2 ist sie 1 : 10,000 für Sublimat 1 : 12,000. Dagegen ist die bacillentödtende Dosis für das H_2O_2 bedeutend grösser als für das Sublimat.

Versuche mit dem Bacillus Typhi abdominalis. — Die Versuche sollten ebenso wie bei den Cholerabacillen die tödtliche und die Entwickelungshemmende Dosis des H_2O_2 für die Eberth-Gaffky'schen Bacillen feststellen. — Bei einem Gehalt an H_2O_2 von 1 : 100 bis 1 : 200 werden die Bacillen in 10 Minuten getödtet, bei 1 : 300 bis 1 : 400 in 20 Minuten, bei 1 : 500 nach ½ Stunde, bei 1 : 600 bis 1 : 1000 nach 3 Stunden. In Culturen, die früher als in der angegebenen Zeit abgeimpft waren, entwickelten sich die Bacillen, obgleich spät, am dritten oder vierten Tage, waren also abgeschwächt aber lebensfähig. — In Bouillon mit einem H_2O_2 Gehalt von 1 : 15,000 wachsen die Eberth-Gaffky-schen Bacillen nicht. Bei 1 : 20,000 zuweilen.

Versuche mit Sporen von Bacillus anthracis. Die Sporen wurden nach der Methode von Buchner auf peptonfreiem Agar bei 36° gezüchtet. Sterilisirte Seidenfäden von ¾ Zoll Länge wurden mit einer Sporenemulsion in sterilisirtem Wasser imprägnirt, im Thermostat bei 36° getrocknet und dann zu den Versuchen gebraucht. Um die Resistenzfähigkeit der Sporen zu bestimmen, wurde ein Theil der Fäden in 5 pCt. Carbolsäurelösung gelegt. Von Zeit zu Zeit wurde ein Fädchen aus der Carbollösung genommen, mit sterilem Wasser abgewaschen und auf Bouillon geimpft. Nach einem Monat erwiesen sich die Sporen als lebensfähig.

Die Versuche mit H_2O_2 wurden auf folgende Weise angestellt: Einige Fäden wurden in die Lösung getaucht, die aus einer ca. 20 pCt. Lösung und sterilem Wasser hergestellt war. Nach verschieden langer Zeit wurden die Fäden herausgenommen 2 mal in sterilem Wasser gewaschen und dann auf Bouillon übertragen. Zum Auswaschen jedes Fadens wurde eine frische Portion sterilen Wassers in einem frischen sterilen Gefäss genommen.

Auf die Wichtigkeit dieser Maassnahme hat Professor Schidlowsky (Врачъ 1885 № 51) hingewiesen.

Die Resultate dieser Versuche waren folgende:

1) Eine 14 pCt. Lösung von H_2O_2 tödtet die Milzbrandsporen in weniger als 3 Minuten.

2) Eine 8 bis 3 pCt. Lösung tödtet sie in weniger als 30 Minuten.

3) Eine 2 pCt. Lösung in weniger als 1 Stunde.

4) Eine 1 pCt. Lösung tödtet sie im Verlauf 1 Stunde nicht.

5) Eine ½ bis ¼ pCt. Lösung tödtet sie in weniger als 18 Stunden.

Versuche mit Staphylococcus pyogenes aureus. Die Cultur, die ich bei diesen Versuchen benutzte war aus dem Eiter einer Otitis media purulenta gewonnen und wies alle Merkmale dieser Mikroben auf. Die Versuchsanordnung war dieselbe, wie bei den vorhergehenden Versuchen die Resultate aber waren etwas anders. Ich führe einige Versuche hier an.

I. Zu 1 Ccm. einer eintägigen Cultur wird 1 Ccm. 2 pCt. H_2O_2 Lösung hinzugefügt. Ueberimpfungen in reine Bouillon nach 10, 20 und 30 Minuten. Resultat:

Besichtigung der Cultur.	Controllglas.	Ueberimpft 10 Min. nach Hinzufügung des H_2O_2	Nach 20 Min.	Nach 30 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	nicht gew.	nicht gew.	nicht gew.
» 6 Tag.	—	nicht gew.	nicht gew.	nicht gew.

II. Dieselbe Anordnung, eintägige Kultur aber der H_2O_2 Gehalt des Gemisches 1 : 200 Ueberimpfungen nach 5, 10 und 15 Minuten. Resultat:

Besichtigung der Cultur.	Controllglas.	Ueberimpft nach 5 Min.	Nach 10 Min.	Nach 15 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	gewachsen	gewachsen	gewachsen

Aus diesen 2 Versuchen geht hervor, dass das H_2O_2 den Staphylococcus pyogenes aureus in eintägiger Cultur bei einem Gehalt von 1 : 100 innerhalb 10 Minuten tödtet, während bei einem Gehalt von 1 : 200 hierzu auch 15 Miten nicht genügen.

III. Gemisch von 4 tägiger und 8 tägiger Cultur H_2O_2 Gehalt 1 : 100, Ueberimpfung nach 5, 10 und 15 Minuten.

Besichtigung der Cultur.	Controllglas.	Ueberimpft nach 5 Min.	Nach 10 Min.	Nach 15 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	gewachsen	gewachsen	gewachsen

IV. Dreitägige Cultur. H_2O_2 1,25 : 100 (1 : 80) überimpft nach 10, 20 und 30 Minuten.

Besichtigung der Cultur.	Controllglas	Ueberimpft nach 10 Min.	Nach 20 Min.	Nach 30 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	gewachsen	gewachsen	gewachsen

V. Eintägige und dreitägige Cultur zu gleichen Theilen gemischt. H_2O_2 1,75 : 100 (1 : 60). Ueberimpft nach 10, 20 und 30 Minuten.

Besichtigung der Cultur.	Controllglas.	Ueberimpft nach 10 Min.	Nach 20 Min.	Nach 30 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	nicht gew.	nicht gew.	nicht gew.
» 72 »	—	gewachsen	gewachsen	gewachsen

VI. Viertägige Cultur. H_2O_2 2,5 : 100 (1 : 40) Ueberimpft nach 10, 20 und 30 Minuten.

Besichtigung der Cultur.	Controllglas.	Ueberimpft nach 10 Min.	Nach 20 Min.	Nach 30 Min.
Nach 24 St.	gewachsen	nicht gew.	nicht gew.	nicht gew.
» 6 Tag.	—	gewachsen	nicht gew.	nicht gew.

Wie man sieht, ist die Wirkung des H_2O_2 auf ein und mehrtägige Staphylococcenculturen verschieden. Eine eintägige Cultur wird bei einem H_2O_2 Gehalt von 1 : 100 in 10 Minuten getödtet, während mehrtägige Culturen bei einem H_2O_2 Gehalt von 2,5 : 100 erst nach 20 Min. getödtet werden. Im Eiter lässt sich der Staph. noch schwerer tödten als in Bouilloncultur (in einem Versuch bei einem H_2O_2 Gehalt von 2,5 : 100 erst nach 30 Minuten). Aehnlich wie bei den Cholerabacillen überzeugte ich mich durch einen Versuch, dass das beim Ueberimpfen an der Platinöse haftende H_2O_2 keinen Einfluss auf die Entwickelung des Staph. übt.

Endlich sei noch angeführt, dass bei Zusatz von H_2O_2 zur Bouillon im Verhältniss von 1 : 500, 1 : 1000, 1 : 2000, 1 : 3000; 1 : 4000 die Mikroben sich nicht entwickelten; bei 1 : 5000 bis 1 : 10,000 wuchsen sie zuweilen; bei noch schwächeren Concentrationen wuchsen sie immer.

Bei meinen Versuchen mit dem Staph. pyog. aur. machte ich folgende interessante Beobachtung: Beim Hinzufügen von H_2O_2 entwickelten die Culturen eine Menge Gas und schäumten wie Champagner. Diese Erscheinung trat sowohl bei alkalischer als saurer Reaction der Cul-



tur ein. Von anderen darauf hin von mir untersuchten Mikroorganismen zeigte nur der Bacillus pyogenes fötid. dieselbe Gasentwickelung, nur in viel schwächerem Maass. Diese wahrscheinlich auf Zersetzung des H_2O_2 beruhende Gasentwickelung wird hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich durch vom Staph. producirte Stoffe, nicht durch die Bacillen selbst bewirkt, da sie auch an filtrirten und angesäuerten Culturen wenn auch etwas schwächer zu beobachten ist. (Chamberland beobachtete eine Zersetzung des H_2O_2 bei seiner Einwirkung auf eine Cultur des Asperg. niger. Ann. de l'institut Pasteur 1893 Nr. 6, pag. 451) Dass zur Zersetzung des H_2O_2 die Anwesenheit des lebenden Staph. nicht nothwendig ist, wird auch dadurch bewiesen, dass nach Zusatz von H_2O_2 zu einer mehrtägigen Cultur im Verhältniss von 7 : 100 (was zur Tödtung vollständig genügt) die Gasentwickelung stundenlang beobachtet wurde. Auf ähnliche Weise hergestellte Filtrate vom Bacillus pyog. fötid. gaben keine Gasentwickelung. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass durch die Zersetzung des H_2O_2 seine verschiedene Wirkung auf ein- und mehrtägige Culturen bedingt ist, da in letzteren mehr zersetzende Stoffe vorhanden sind als in ersteren. Die Zersetzung des H_2O_2 durch den Staph. ist so auffallend und beständig, dass sie als Reactiv auf die Anwesenheit dieses Mikroben gelten kann.

Versuche mit dem Diplococcus pneumoniae Fränkel. Um Reinculturen zu gewinnen, spritzte ich Kaninchen 4 bis 5 Ccm. Auswurf von Pneumonikern (vor der Krisis) unter die Haut. Die Kaninchen starben gewöhnlich nach 20 bis 24 Stunden und ihr Blut enthielt grosse Massen von Diplococcen. Aus dem Herzen wurde mittelst einer geglühten Glaspipette unter allen Cautelen etwas Blut angesaugt, auf peptonisirte Bouillon übertragen und 34 Stunden im Thermostaten gelassen. Die Versuche ergaben, dass der Zusatz von H_2O_2 im Verhältniss von 1 : 10,000 bis 1 : 18,000 die Bouillon für das Wachsthum der Diplococcen untauglich macht. Bei schwächeren Concentrationen wuchsen die Diplococcen aber bei 1 : 20,000 bis 1 : 24,000 schwächer als bei noch stärkeren Verdünnungen. Weitere Versuche mussten wegen Zeitmangels unterbrochen werden; nur soviel kann ich noch mittheilen, dass beim Zusatz von H_2O_2 zu einer eintägigen Diplococcencultur im Verhältniss von 1 : 250 die Coccen sich entwickelten wenn sie 15 Minuten nach dem H_2O_2 Zusatz weitergeimpft wurden. Um sie entwickelungsunfähig zu machen, musste H_2O_2 im Verhältniss von 1 : 200 zugesetzt werden.

Soviel ich nach einem Versuch urtheilen kann, scheinen auch kleine Dosen von H_2O_2, die die Entwickelung des Diplococcus nicht aufhalten ihn dennoch weniger virulent zu machen. Jedoch habe ich diese Frage nicht weiter verfolgen können.

Referate.

Max Jordan: Die acute Osteomyelitis und ihr Verhältniss zu den pyogenen Infectionen auf Grund klinisch bakteriologischer Beobachtungen, sowie des jetzigen Standes der Bakteriologie. (Beitrg. zur klin. Chirurg. Bd. X. 3. pag 587).

Die ausserordentlich interessante und lehrreiche Arbeit Jordan's über die acute Osteomyelitis und ihr Verhältniss zu den pyogenen Infectionen giebt zunächst gewissermaassen einen Ueberblick über die Formen der acuten Entzündung und über die Aetiologie der Entzündung im Allgemeinen, unter Zugrundelegung einer reichhaltigen chronologisch geordneten Literaturangabe. Sodann geht Verf. in eingehender Weise auf die Besprechung der Aetiologie der Eiterung über und sieht sich am Ende dieses Capitels auf Grund der bisherigen Versuche über Eiterung zu folgenden Schlüssen berechtigt, die wir, wenngleich die vom Verf. herangezogenen Arbeiten als bekannt vorausgesetzt werden, anführen, um bei den noch vielfach bestehenden Controversen den Standpunkt Jordan's zu fixiren: «das Wesen der Entzündung ist in der durch eine Alteration der Gefässwand bewirkten pathologischen Exsudation und Emigration zu suchen». «Die Entzündungsursachen sind vornehmlich Reize chemischer und bakteriologischer Natur». «Die drei Formen der acuten und exsudativen Entzündung (die seröse, fibrinöse, eitrige) sind nur quantitativ unterschieden, es kommen alle Uebergänge zwischen denselben vor». «Durch eine Reihe positiver Experimentalergebnisse zahlreicher Autoren ist der Beweis erbracht, dass Eiterung durch chemische Substanzen, in gleicher Weise, wie die übrigen Entzündungsformen, erzeugt werden kann». «Die der eitrigen Entzündung vom ätiologischen Standpunkt aus eingeräumte Sonderstellung ist demnach nicht zu Rechte bestehend». «Die Intensität des chemischen Entzündungsreizes bestimmt den Charakter des Exsudates, d. h. die gleiche Ursache vermag unter Umständen bei geringer Wirkung seröse, bei stärkerer fibrinöse, bei stärkster eitrige Entzündung hervorzurufen». «Die chemischen Entzündungsreize zeigen insofern gewisse qualitative Differenzen, als einzelne von ihnen z. B. Terpentinöl vorwiegend eitererregend, andere z. B. Crotonöl einfach entzündungserregend wirken». «Die verschiedenen Thierarten bieten den die Gewebe betreffenden Schädlichkeiten gegenüber verschiedenes Verhalten dar».

Im folgenden Capitel bespricht Verf. die Bakterien als Erreger der eitrigen Entzündung. Im Hinblick auf den augenblicklichen Stand der Bakteriologie ist man zur Annahme gezwungen, dass «die Eiterung nur ein Glied in der Kette der acuten exsudativen Entzündung» darstellt, was Verf. durch zwei Sätze zu beweisen sucht: «erstens giebt es keine specifischen Eitermikrobien» und «zweitens können die eigentlichen pyogenen Coccen neben der eitrigen Entzündung auch alle übrigen Entzündungsformen veranlassen».

In Bezug auf den Wirkungsmodus der pyogenen Coccen lässt es sich nicht von der Hand weisen, dass den von den Staphylococcen ausgeschiedenen oder aus dem Gewebseiweiss abgespaltenen chemischen Stoffen eine hervorragende Bedeutung für das Zustandekommen der eitrigen Entzündung zukommt; nur über den quantitativen Antheil dieser beiden Factoren gehen die Ansichten wesentlich auseinander. Für die practische Chirurgie sind die verschiedenen Theorien auch von untergeordneter Bedeutung, denn einerseits ist constatirt, dass die durch chemische Stoffe erzeugte Eiterung circumscript ist, ohne Tendenz zur Progression, und andererseits ist festgestellt, dass es beim Menschen keine acuten Abscesse ohne Mikroben giebt.

Die pathogene Dignität der pyogenen Coccen sei erwiesen, die Bedingungen zum Zustandekommen der Infection sind aber wesentlich von zwei Momenten abhängig: erstens von der Menge der Keime und zweitens von der Virulenz der Keime.

Der Einfluss der Art und des Zustandes des Gewebes ist von hoher Bedeutung bei der Invasion der Bakterien. Die normale Widerstandskraft eines Gewebes, kann nun in zweierlei Weise geschwächt werden: 1) durch local wirkende Ursachen, indem gewisse chemische Substanzen im Stande sind die Gewebe für das Wachsthum der Mikroben geeigneter zu machen; unter diesen sind auch solche zu nennen, die als Antiseptica, also bakterienabtötend wirken sollen (3 pCt. Carbolsäurelösung und 1 pCt. Sublimatlösung). Ferner sind hier auch noch der Einfluss des Trauma's und der Einfluss des Nervensystems zu nennen; in ersterem Falle wird durch eine eventuelle Continuitätstrennung eine directe Eingangspforte den Bakterien eröffnet, andererseits aber auch durch Erzeugung von Circulationsstörungen das Gewebe in seiner Ernährung und Resistenz herabgesetzt. 2) Die Gewebsresistenz kann auch durch constitutionelle Ursachen verändert werden, indem entweder eine Störung des Zelllebens des Gesammtorganismus oder eine Veränderung der Blutbeschaffenheit vorliegt.

Da die Eitererreger auch ausserhalb des Organismus vorkommen, sind sie als ubiquitäre Mikroorganismen anzusehen, ausgestattet mit beträchtlicher Resistenzfähigkeit gegen schädigende Einflüsse. Im gesunden Organismus finden sie sich als Bewohner der Haut- und Schleimhautdecken des Körpers, d. h. sie finden sich überall dort, wo die Organe in directer Communication mit der Aussenwelt stehen. Es ist diese Thatsache von grosser Bedeutung für die Frage der sog. Selbstinfection (cf. Aetiologie des Puerperalfiebers).

Auch über das Vorkommen pyogener Coccen in antiseptisch resp. aseptisch behandelten Operationswunden giebt Verf. ein übersichtliches Referat der experimentellen Untersuchungen. Die Schlussfolgerung: «dass keine Operations- und Wundbehandlungsmethode im Stande ist alle Bakterien und Mikroorganismen vom Wundverlauf auszuschalten, dass aber die Anwesenheit gewisser Mikroben der Heilung keinen Eintrag thut» ist darnach in vollem Maasse berechtigt.

Die Eingangspforten der Mikroorganismen sind, abgesehen von den chirurgischen Infectionen, wo die Wunden den Eindringlichen offen stehen und sie von hier auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn den Organismus überschwemmen, auch noch in anderer Art gegeben, indem die



Bakterien einerseits durch die intacte Haut und Schleimhaut, andererseits vom Darmkanal aus und drittens durch die Luftwege in den menschlichen Körper gelangen können.

Was die Ausscheidung der pyogenen Bakterien durch die physiologischen Se- und Excrete anlangt, so erfolgt die Elimination durch die Schweissdrüsen, durch die Milchdrüsen lactirender Frauen, durch die Speicheldrüsen und durch die Nieren, bei letzteren allerdings nur bis zu einem gewissen Grade, indem gleichzeitig beim Auftreten von Mikroorganismen im Harn auch die Nieren selbst pathologischen Veränderungen unterworfen sind.

Es folgen nunmehr 19 eigene klinische Beobachtungen acuter Osteomyelitis mit Anschluss einiger Fälle von metastatischer Phlegmone und Septico-Pyämie, die der septischen Abtheilung der Heidelberger Klinik des Prof. Czerny entstammen.

An die in ihrem vollen Umfange wiedergegebenen, epikritisch beleuchteten Krankengeschichten, schliesst Verf. eine eingehende Besprechung der acuten Osteomyelitis.

Aetiologisch sei folgendes hervorzuheben: «Die Osteomyelitis ist keine specifische Erkrankung, sie wird am häufigsten durch die Staphylococcen (aureus oder albus oder Combination beider) veranlasst». «Die Osteomyelitis kann aber auch durch andere Mikroorganismen, welchen pyogene Wirksamkeit zukommt, hervorgerufen werden, so durch den Streptococcus, den Pneumoniecoccus und den Typhusbacillus». «Experimentell ist es gelungen, durch die löslichen Bakterienproducte sowohl, als auch durch einfache chemische Substanzen Knochenmarkvereiterung zu erzeugen». «Bezüglich des die Osteomyelitis hervorrufenden Agens steht sie der Entzündung in anderen Geweben vollständig gleich».

Nach den histologischen Formen theilt Verf. die Osteomyelitis acuta wie Garré ein, nur mit dem Unterschiede dass er drei Hauptgruppen annimmt: a) die serösen Formen (Periostitis albuminosa und sclerosirende nicht eitrige Osteomyelitis); b) die eitrige Form; c) die haemorrhagisch septische Form. Die Darlegung der histologischen Verhältnisse führt zu folgenden Schlüssen. «Die acute Osteomyelitis ist meistens, aber nicht ausschliesslich eine eitrige Entzündung. Sie ist in seltenen Fällen eine seröse oder auch eine haemorrhagisch septische Entzündung. Die Zusammengehörigkeit dieser Formen wird bewiesen durch die gleiche Aetiologie derselben und durch klinische Momente. In dem Auftreten der acuten Osteomyelitis in den verschiedenen Graden der Entzündung prägt sich die Nicht-Specifität derselben aus».

Die Osteomyelitis kann chronisch, subacut und acut verlaufen. Der chronische Verlauf documentirt sich oft in sehr wechselvollem Bilde und kann in diagnostischer Hinsicht grosse Schwierigkeiten darbieten. Die subacute Form tritt meist in multipler Localisation auf. Die acute Form lässt die Unterscheidung dreier Krankheitstypen zu: «Vorherrschen der Localaffection, nicht schwere Allgemeinreaction». «Vorherrschen der Allgemeinsymptome, bei deutlich ausgeprägter Localaffection. Dahin gehören die Falle, die mit Pyämie und Sepsis einhergehen». «Schwerer Allgemeinzustand bei gering entwickelter Knochenerkrankung. Typen dafür sind die Beobachtungen von Osteomyelitis acutissima (Roth, Regnier, Dennig).

Die acute Knochenmarkentzündung unterscheidet sich von den Entzündungen anderer Gewebssysteme durch nichts anderes als durch ihre Localisation.

Die Atrien des osteomyelitischen Virus sind der Verdauungstractus, namentlich für die typhöse Osteomyelitis, ferner die Lungen für die Staphylo und Streptococcen, die Pneumoniecoccen, und endlich die allgemeinen Körperdecken, die zweifellos die wichtigste Eingangspforte dem Virus darbieten, zumal die häufigsten Erreger der Osteomyelitis, die Staphylococcen, auf denselben normaliter vegetiren. Die klinischen Erfahrungen Jordan's sprechen sehr zu Gunsten der Lannelongue'schen Anschauung. Er konnte unter 14 Fällen 8 Mal die Infectionsquelle eruiren und dabei zur Erkenntniss kommen, dass die pyogene Blutinfection fieberlos verlaufen und das Incubationsstadium der Mikroben im Knochen ein langes sein kann. Der primäre Entzündungsherd kann längst ausgeheilt sein, wenn die Metastase erst klinisch nachweisbar wird.

Dass die Osteomyelitis Erwachsener eine seltene Erscheinung ist, meint Verf. darauf zurückzuführen, «dass bei bestehender pyogener Blutinfection die Coccen bei jugendlichen Individuen in der Wachsthumszone des Knochen's eine besonders geeignete Stätte zur Localisation und Vermehrung finden, während sie bei Erwachsenen in der Regel in den anderen Organen leichter als im Knochen zu haften und zu wachsen vermögen».

Zum Schluss der sehr umfangreichen Arbeit bringt Verf. noch eine Bemerkung über das Verhältniss der Osteomyelitis zur Pyämie und Septikämie. Bezüglich der Pyämie meint Verf. dass die Osteomyelitis allerdings mit der embolisch-septischen Pyämie der vorantiseptischen Zeit wenig gemein hat, wohl aber in ihrem Wesen eine Reinkultur-Pyämie ist, wie die metastatischen Eiterungen in anderen Gewebssystemen. Diese rein bakterielle Form der Pyämie zeigt im jugendlichen Alter eine hervorragende Neigung zur Metastasenbildung in den Knochen: die acute Osteomyelitis ist eine pyämische Erkrankung der Entwickelungsperiode. Was das Verhältniss der Osteomyelitis zur Septicämie anlangt, so ist in den Fällen von Osteomyelitis, in welchen der Fäulnissherd fehlt, die hinzutretende Sepsis keine Complication im qualitativen, d. h. in dem Sinne, dass ein neuer, vielleicht ein specificirter Krankheitserreger von aussen sich beimengte — sondern nur in quantitativer Hinsicht, d. h. die Sepsis ist einfach die Folge einer raschen Vermehrung der Keime, eines stürmischeren Eindringens derselben in die Blutbahn, einer gesteigerten Virulenz.

Auch wer nicht mit den Anschauungen Jordan's einverstanden ist, wird zugeben müssen, dass die Arbeit einen umfassenden Einblick nicht nur in das Wesen der Osteomyelitis, sondern auch in die Aetiologie der Eiterung im Allgemeinen giebt, und wir können die Ankündigung nur mit Freude begrüssen, dass Verf. eine gleichartige Bearbeitung der Pyämie auf Grund seines reichen klinischen Materiales, sowie unter Berücksichtigung der bakteriologischen Fortschritte in Bälde der Oeffentlichkeit übergeben wird.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Thure Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Zweite vermehrte Auflage. Berlin. Fischer's med. Buchhandlg. 1893.

Dem Verfasser dieses Buches ist die Gynäkologie wesentlich Dank schuldig für die Erweiterung der Therapie durch seine mechanischen Behandlungsmethoden. Gerade in der letzten Zeit findet die Massage und Heilgymnastik im Allgemeinen, wie auch bei gynäkologischen Erkrankungen im Speciellen immer weitere Verbreitung. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn Thure Brandt's Buch in erster Auflage bald vergriffen wurde. Dasselbe ist in erweiterter Form erschienen und wird wohl allgemeinen Beifall finden. Wenn man sich auch nicht mit allem einverstanden erklären kann — als Beispiel führe ich nur die Massage des graviden Uterus an — muss man doch die im Allgemeinen richtigen Anschauungen des Verfassers anerkennen. So glänzende Curen wie sie der Verf. aufweisen kann, wird freilich nicht Jedermann erzielen können, da dazu immerhin eine Meisterhand erforderlich ist. Trotzdem hoffen wir, dass Brandt's Buch auch weniger Geübten durch seine zahlreichen praktischen Vorschriften wesentliche Dienste leisten wird.

W. Beckmann.

O. v. Herff: Grundriss der geburtshilflichen Operationslehre für Aerzte und Studirende. Berlin 1894. Fischer's medicinische Buchhandlung 372 pag.

Mit dem Motto: «primum non nocere» führt Verf. den Leser in die Lectüre seines Werkes ein und wie ein rother Faden zieht sich dieses nicht genug zu beherzigende Mahnwort durch das ganze Buch. «Es giebt keine unschuldige geburtshilfliche Operation, namentlich keine ganz unschuldige Zange». Verf. ist langjähriger Assistent des um die Geburtshilfe hoch verdienten, nun verewigten Kaltenbach gewesen und legt die in der geburtshilflichen Klinik und Poliklinik zu Halle gewonnenen Resultate in diesem Werk nieder. Man gewinnt bei der Lectüre desselben unwillkürlich den Eindruck, dass dieses der Feder eines klinisch geschulten und praktisch beschäftigten Geburtshelfers entstammt, der das Bedürfniss des praktischen Arztes im Auge hat und daher auf die in der Praxis entgegentretenden Schwierigkeiten und Eventualitäten bei einem operativen Eingriff genau eingeht. So weit es die Grenzen eines Grundrisses gestatten, enthält das Büchlein die erforderlichen praktischen Rathschläge mit Weglassung statistischer und literarischer Bemerkungen.

Die ersten Capitel sind der Desinfectionslehre in recht umfangreicher Weise gewidmet; wir heben nur den Punkt hervor, dass Verf. strengstens die Anwendung der Carbolsäure, des Sublimat und Lysols, welches letztere im Uebrigen sehr empfohlen wird, zur Desinfection der Gebärmutterhöhle untersagt; dagegen wird Chlorwasser 1:3, Salicylsäure 1:300 und Kalihypermanganatlösung 0,01 pCt. empfohlen. Es folgt die genaue Angabe der in Halle angewandten Desinfectionsmethode, mit der gute Resultate erzielt wurden; die Hallenser Klinik weist eine Mortalitätsziffer in Folge von Puerperalerkrankungen von 0,05 pCt. auf.

Wir können nicht näher auf die einzelnen Capitel eingehen. Mit besonderem Interesse haben wir den Abschnitt über Kaiserschnitt, «die Naht verletzter Weichtheile» etc. gelesen und können nicht umhin, vorliegendem Büchlein einen weiten Leserkreis zu wünschen. L. v. Lingen.

Professor Theodor Billroth. †

Bereits in der vorvorigen № haben wir die telegraphisch eingetroffene Trauerbotschaft mitgetheilt, dass Professor Dr. Theodor Billroth, welcher sich zur Erholung auf einige Wochen nach Abbazzia zurückgezogen hatte, daselbst am 6. Febr. n. St. plötzlich verschieden ist. Ein Herzschlag hatte seinem Leben im 64. Lebensjahre ein Ziel gesetzt. Obschon es bekannt war, dass Billroth in den letzten Jahren ein schweres Herzleiden hatte, so hat die Meldung von seinem plötzlichen Hinscheiden doch überall tief erschüttert, zumal die letzten Nachrichten über sein Befinden im Ganzen günstig lauteten. Am empfindlichsten ist durch seinen Tod nächst der Familie die Wiener Hochschule und speciell deren medicinische Facultät getroffen, deren Zierde und Stolz Billroth war. Er war der letzte aus dem Kreise jener Männer, die die Wiener medicinische Schule zur hervorragendsten und glanzvollsten erhoben hatten. Auch die deutsche Chirurgie hat einen schweren Verlust erlitten, denn mit Billroth ist einer der glänzendsten Chirurgen aller Zeiten und Länder und einer der kühnsten und glücklichsten Operateure dahingegangen.

Was den äusseren Lebensgang Billroth's anbelangt, so wurde er am 26. April 1829 als Sohn eines Predigers auf der Insel Rügen geboren, erhielt seine Schulbildung in Greifswald, und begann seine medicinischen Studien im Jahre 1848 ebendaselbst und setzte dieselben dann fort in Göttingen, und Berlin, wo er 1852 zum Dr. med. promovirt wurde. Nach kurzem Aufenthalt in Wien und Paris liess er sich in Berlin als praktischer Arzt nieder, doch ohne Erfolg, denn in zwei Monaten hatte sich noch kein Patient bei ihm eingefunden. Nach geduldig Harren, greift ein glücklicher Zufall in sein Schicksal ein. Er erhielt durch die Vermittelung seines Freundes Dr. Fock, welcher kurz zuvor Assistent bei Langenbeck geworden war, eine Assistentenstelle an der Langenbeck-schen Klinik, womit seine Laufbahn als Chirurg begann. An der Seite Langenbeck's hat er 7 Jahre (1853—60) gewirkt und in dieser Zeit sich zugleich durch hervorragende schriftstellerische Thätigkeit ausgezeichnet, so dass er einen Ruf als Professor ord. nach Zürich erhielt. Hier war es nun, wo sich Billroth durch unermüdlichen Fleiss und Talent zu jener hohen wissenschaftlichen Bedeutung hinaufrang, deren Grund er in Berlin gelegt hatte. Im J. 1867 erhielt er die Professur der Chirurgie an der Wiener Universität, welcher er bis zum Lebensende treublieb, obschon an ihn mehrmals höchst ehrenvolle Berufungen an die Charité (Berlin), an die Strassburger Universität und an die Berliner Universität als Nachfolger Langenbeck's ergingen.

Ueber die Bedeutung Billroth's als Arzt, Forscher und Schriftsteller brauchen wir uns nicht weiter auszulassen, da seine Leistungen auf diesen Gebieten noch allen in frischer Erinnerung sind. Wir erinnern nur an die grossen und kühnen Operationen, die Billroth in die Praxis eingeführt hat — die Resection des Oesophagus, die Total-Exstirpation des Kehlkopfes, die Magenresection, die Gastro-Enterostomie. In diesen Dingen, meint Prof. v. Bergmann, wird später die Geschichte den Schwerpunkt von Billroth's Wirksamkeit suchen und wird es begreifen, wie ihm die Gegenwart und seine Zeitgenossen so hohe Anerkennung gezollt haben. Billroth war ein Universalgenie, er beherrschte viele Disciplinen der medicinischen Wissenschaft. Was er als Forscher und Schriftsteller auf den verschiedensten Gebieten geschaffen hat, ist heute Gemeingut der ärztlichen Welt geworden. Die Zahl seiner Werke und Schriften ist sehr gross und viele derselben sind in alle lebenden Sprachen übersetzt worden. Auch seine Art zu lehren war von durchschlagendem Erfolge. Er wird daher auch fortleben in seinen Schülern, von denen wir hier u. A. Czerny (Heidelberg), Wölfler (Graz), Mikulicz (Breslau), Gussenbauer Winiwarter (Lüttig), Eiselsberg (Utrecht) anführen, die sämmtlich Lehrstühle der Chirurgie an Universitäten einnehmen.

Trotz seiner angestrengten medicinischen Thätigkeit beschäftigte sich Billroth auch mit der Kunst, vor Allem mit der Musik, in der er Zerstreuung und Erfrischung von den Mühen des Tages suchte.

Nicht passendere Worte lassen sich zur Charakterisirung des grossen Forschers und Lehrers und Menschen Billroth finden, als diejenigen, welche er selbst einst seinem dahingeschiedenen Lehrer Langenbeck nachrief: «Er hat seinen Namen mit goldenen Lettern nicht nur in das Buch der Geschichte der Chirurgie, sondern auch in das Buch der Liebe aller seiner Freunde und Schüler eingetragen. Es lag ein Zauber in seiner Persönlichkeit, der ohne Widerstand Alle gefangen nahm, die sich ihm näherten. Ihn nicht nur bewundern, sondern ihn rücksichtslos lieben mussten alle seine unmittelbaren Schüler, welche als Assistenten in jahrelangem Verkehr mit ihm standen. Sein Herz schlug bis zum letzten Athemzuge warm für die studirende Jugend; er war ihr begeisterter und begeisternder Führer, das verkörperte Ideal eines klinischen Lehrers.»

Vermischtes.

— Der bekannte Charkower Chirurg, Prof. Dr. Wilhelm Grube, hat vor Kurzem bei der Operation eines gangränös gewordenen Nabelbruches eine Blutvergiftung sich zugezogen. Er hatte beim Vernähen des Bruchsackes sich mit der Nadel in den Mittelfinger der rechten Hand gestochen. Bereits am selben Abend trat Schmerz im Finger und Fieber auf, welches am nächsten Tage bereits auf mehr als 39° stieg. Obschon Prof. Grube selbst mit der linken Hand einen tiefen Einschnitt an der Stelle des Nadelstiches machte, zeigte sich sehr bald ein Abscess in der Ellbogenbeuge, so dass sein College Prof. Sarubin gerufen werden musste, welcher den Abscess spaltete und die gangränescirenden Drüsen entfernte. Neuern Nachrichten zufolge ist in dem Zustande des Kranken Besserung eingetreten.— Prof. Grube, der aus Kurland gebürtig ist und in Dorpat seine medicinische Ausbildung erhalten hat, hat sich im Laufe seiner 43-jährigen ärztlichen Thätigkeit nunmehr, wie verlautet, zum vierten Mal bei Operationen derartige Blutvergiftungen zugezogen.

— In der vorigen Woche beging der Akademiker Dr. Philipp Owsjannikow sein 25-jähriges Jubiläum als Präsident der hiesigen Naturforscher-Gesellschaft. (Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 66. Lebensjahre steht, hat in Dorpat Medicin studirt und 1854 daselbst die medicinische Doctorwürde erlangt. Nachdem er darauf kurze Zeit als Militärarzt fungirt, wurde er Professor der Physiologie an der Universität Kasan, von wo er nach St. Petersburg als Professor der hiesigen Universität und Mitglied der Akademie der Wissenschaften berufen wurde).

— Am 1. Februar vollendeten sich 30 Jahre der Lehrthätigkeit des Professors der physiologischen Chemie an der Kasanschen Universität, Dr. Schtscherbakow.

— Dem Vernehmen nach, ist als Nachfolger des Fürsten Golizyn auf den Lehrstuhl der Physik an der Universität Jurjew (Dorpat) der Professor des hiesigen Bergcorps Ssadowski in Aussicht genommen.

— Die Moskauer hygienische Gesellschaft hat den Professor Pettenkofer in München zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

— Die Stadtverwaltung von Alexin (Gouv. Tula) hat dem Professor der Geburtshülfe an der Moskauer Universität, Dr. Snegirew, das Ehrenbürgerdiplom der Stadt Alexin übersandt.

— Dr. E. W. Braunstein hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität Charkow habilitirt.

— Ernannt: Der jüngere Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement, Titulärrath Ssizinski, — zum stellvertretenden Gehülfen des Gouvernements-Medicinalinspectors von Archangelsk; der freiprakticirende Arzt Nikolai Reichardt — zum Stadtarzt von Werro.

— Verstorben: 1) Am 22. Januar im Kreise Malojaroslawez (Gouv. Kaluga) der dortige Landschaftsarzt S. A. Sacharow im 30. Lebensjahre am Abdominaltyphus. Nach Absolvirung des Cursus in Moskau war der Verstorbene kurze Zeit Assistent in einer dortigen Irrenheilanstalt und liess sich dann in seiner Heimath Malojaroslawez nieder, wo er als einziger Landschaftsarzt des ganzen Kreises fungirte. Er hat seine Frau mit vier Kindern ganz mittellos hinterlassen. Da er bei der Bevölkerung sehr beliebt war, so wurden auf der Beerdigung unter den Anwesenden mehrere hundert Rubel für die verwaiste Familie gesammelt. (Wr.) 2) Am 30. Januar in Odessa der Director des dortigen Paul-Gebärasyls, Dr. Caesar Gorezki, im 53. Lebensjahre. 3) In Odessa der dortige freiprakticirende Arzt Christian Grumberg im Alter von 68 Jahren. 4) Am 26. Januar in Kiew der früher langjährige Kreisarzt in Wassilkow, Mich. Wassilewski, 56 Jahre alt.

— Am 27. Januar n. St. beging der Director der chirurgischen Poliklinik der Leipziger Universität, Geh. Med.-Rath Dr. Benno Schmidt, sein 25-jähriges Amtsjubiläum. Die medicinische Gesellschaft, deren langjähriger Vorsitzender der Jubilar war, wählte ihn zum Ehrenpräsidenten.

— Privatdocent Dr. Ernst Bumm in Würzburg (bekannt durch seine Untersuchungen über den Gonococcus) ist, an Stelle Prof. Fehlings, zum Director der geburtshülflichen Klinik in Basel berufen worden.



— Die Choleraepidemie im Russischen Reiche ist in rapider Abnahme begriffen. Im letzten officiellen Cholerabulletin sind nur 8 Gouvernements aufgezählt, in denen sie noch im Januar herrschte. Unter diesen weisen nur die Gouvernements Kowno (v. 16.—22. Jan. 27 Erkrankungen und 13 Todesfälle) und Kursk (v. 9.—22. Jan. 26 Erkr. und 9 Todesf.) noch eine grössere Zahl von Erkrankungen auf. In St. Petersburg ist die Epidemie dem Erlöschen nahe; am 5. Febr. befanden sich nur noch 8 Cholerakranke in den städtischen Hospitälern in Behandlung.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Januar d. J. 6446 (37 wenig. als in der Vorwoche), darunter 247 Typhus — (= Vorw.), 790 Syphilis — (25 mehr), 50 Scharlach (2 mehr), 19 Diphtherie — (4 weniger) 78 Masern — (9 mehr), 23 Pocken — (1 mehr) und 14 Cholerakranke — (19 weniger) als in der Vorwoche.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Februar d. J. 6481 (35 mehr) darunter 273 Typhus — (26 mehr) 799 Syphilis — (9 mehr). 54 Scharlach (4 mehr), 24 Diphtherie — (5 mehr), 76 Masern — (2 wen.), 23 Pocken — (= d. Vorw.) und 8 Cholerakranke — (6 weniger).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 30. Januar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
332	248	580	121	50	95	9	8	20	51	56	54	38	46	28	4	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 15, Scharlach 5, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 11, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 21 Krankheiten der Verdauungscanals 55, Todtgeborene 29.

Für die Woche vom 30. Januar bis 5. Februar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	258	571	108	47	110	14	7	14	60	42	53	40	36	32	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 8, Diphtherie 13, Croup 4, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 3, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 38, Todtgeborene 29.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. Februar.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.
Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Дозв. ценз. Спб. 12 Февраля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, 19. Februar (3. März) **1894**

Die Cholera im Herbst 1893.

Bericht aus der Männerbaracke des Peter-Paulhospitals zu St. Petersburg.

Von

A. Högerstedt und L. v. Lingen.

Zur Aufnahme der männlichen Cholerakranken wurde der 1892 aus Stadtmitteln aufgeführte und ursprünglich als Sortirabtheilung in Aussicht genommene Neubau bestimmt. In schmuckem Barackenstyl auf solidem Steinfundament errichtet, ist er inmitten der die Front des Peter-Paulhospitals schmückenden Gärten belegen. An den steinernen, das Treppenhaus, die Warte- und Diensträume enthaltenden Mittelbau schliessen sich die beiden im rechten Winkel zu einander gerichteten, aus Holz erbauten Flügel, von denen jeder mit 16—18 Kranken belegt werden kann. In Bezug auf Raum-, Licht- und Luftvertheilung ist hier allen modernen Ansprüchen genügt; dabei enthält jeder Flügel eine vorzügliche und äusserst leistungsfähige Badevorrichtung.

Mit der Behandlung der männlichen Cholerakranken betraut, lernten wir während unserer Thätigkeit immer wieder den Werth so günstiger äusserer Bedingungen schätzen. Dazu kam, dass wir Dank der einsichtsvollen und entgegenkommenden Haltung unseres hochgeehrten Chefs, Herrn Dr. Metzler, mit allen erforderlichen Hilfsmitteln ausgerüstet, in zweifelhaften Fällen durch die bakteriologischen und pathol. anatomischen Untersuchungen des Herrn Prosectors, Dr. De la Croix geleitet — und last not least — von einem ausreichenden, von hohem Pflichtbewusstsein, zäher Ausdauer und opferfreudiger Arbeitslust erfüllten Warte- und Dienstpersonal thatkräftig unterstützt wurden. Darum gedenken wir mit besonderer Befriedigung der kurzen Zeit, da es uns vergönnt war, die Aufgaben unseres hohen Berufs unter so musterhaften Verhältnissen zu erfüllen.

Waren wir doch im Stande das Arbeitsmaterial auch während der Culminationsperiode der Epidemie ohne Ueberhastung zu bewältigen und unsere Beobachtungen, trotzdem wir uns in die 3 mal täglich (des Morgens, des Nachmittags und spät Abends) stattgehabten Krankenvisitationen getheilt hatten, vom Anfang bis zum Ende nach principiell übereinstimmenden Gesichtspunkten mit klinischer Genauigkeit anzustellen. — Das alles berechtigt uns zu dem Glauben, dass unsere Erfahrungen Anspruch auf Zuverlässigkeit erheben können, und dass ihre knappe Darstellung von Nutzen sein werde.

I. Statistisches.

Vom 21. August bis zum 1. November, dem Tage, an welchem die Cholerabaracken im P.-P.hosp. geschlossen wurden, kamen 208 männliche Kranke zur Behandlung. Von ihnen genasen 97 und starben 111 (= 53.4 pCt.) Da das auf der Wiborger Seite belegene Hospital der Gemeinschaft des Heil. Georg Cholerakranke zu jener Zeit nicht aufnahm, so hatte das P.-P.hosp. die Erkrankten zweier grosser, meist von ärmeren Schichten bevölkerter Stadttheile, der Petersburger und der fabrikreichen Wiborger Seite zu beherbergen. Erstere lieferte 81, letztere 105 Kranke. Dazu kamen 14 Fälle aus anderen Stadttheilen, 5 nirgend angeschriebene Individuen und 3 Angereiste. — Von diesen 208 Kranken waren 80 Schwarzarbeiter und Tagelöhner (darunter 11 Barken- und Dockarbeiter), 83 Handwerker (darunter 41 Fabrikarbeiter), 17 Händler, Diener und subalterne Beamte, 7 Hausknechte und Wächter, 4 dem privilegirten Stande Angehörige, 3 Arbeitslose, 11 Knaben (unter 15 Jahren) und — 3 Angereiste.

50 Mann waren Inhaber ganzer Wohnungen und beköstigten sich zu Hause. 138 Kranke waren Eckenbewohner, also nur Theilhaber einer Stube, von diesen nährten sich 62 ausser dem Hause, 76 dagegen wurden im Artel (Genossenschaft) beköstigt. Von den 20 übrigen Kranken hatten 11 Mann ihr Unterkommen auf Schiffen Barken und Flössen, und 8 Mann waren obdachlos, schliefen also in Herbergen und Nachtasylen. Man darf also annehmen, dass weniger als ein Viertel der Gesammtzahl der von uns behandelten Kranken unter gün-

stigen, und mehr als die Hälfte unter fortdauernd schädlichen Verhältnissen gelebt hatte.

Der Einfluss dieser Lebensbedingungen auf die Mortalität erhellt aus folgenden Zahlen.

Von 50 Kranken der ersten, günstig situirten Kategorie starben 17=34 pCt. Von 138 Kranken der zweiten, ungünstig situirten Kategorie starben 79=57,2 pCt. Darunter starben von 62 Eckenbewohnern 48=77,4 pCt., und von 76 Artelbewohnern 31=40,8 pCt. Von 20 Kranken der dritten, schlechtest situirten Kategorie starben 13=65,0 pCt. Darunter starben von 12 Barkenarbeitern 7=58,3 pCt., und von 8 Obdachlosen 6=75,0 pCt.

Bei 49 Kranken konnte der Infectionsmodus auch nicht annähernd ermittelt werden; 5 von diesen Leuten hatten sogar, in «steter Furcht vor der Cholera» alle möglichen Vorsichtsmaassregeln beobachtet. Dagegen mag in 128 Fällen die Infection durch Trinken ungekochten Flusswassers bewirkt worden sein. Dieser Verdacht war namentlich bei 24 Kranken berechtigt, die sonst nur gekochtes, unmittelbar vor Ausbruch ihrer Erkrankung aber zufällig ungekochtes Newawasser getrunken hatten. In 15 Fällen scheint es sich um Uebertragung im engeren Sinne gehandelt zu haben. Hierher gehören 5 in kurzer Folge aus einer Genossenschaft ein gelieferte Kranke, 2 Brüder (Knaben), 2 in einer Werkstatt wohnende Tischler. 2 Zimmergenossen, 2 Eckenbewohner (welche Bett an Bett schliefen), 1 Mann (dem sein cholerakrankes Kind in den Bart erbrochen hatte) und einer unserer Krankenwärter. (Von unserem Dienstpersonal erkrankte ausserdem noch eine Wärterin, welche auf der Frauenabtheilung behandelt wurde und gleichfalls genas.)

Die Disposition zur Erkrankung war in 8 Fällen offenbar durch eclatante Diätfehler geliefert worden. In ebensolcher Weise scheinen 19 Mal der Genuss des leider so beliebten Volksgetränks «Квасъ» und 7 Mal Consumirung grösserer Quantitäten von Bier gewirkt zu haben. Von welchem Belang für die Disposition überhaupt jeglicher catarrhalische Zustand der Verdauungsorgane beim Herrschen einer Choleraepidemie ist, zeigt sehr klar die Thatsache, dass in 28 Fällen (=13,4 pCt.) dem Ausbruch der Erkrankung Magendarmcatarrhe von 1—2 wöchentlicher, in 3 Fällen sogar von mehr als 4 wöchentlicher Dauer voraus gegangen waren. In dieser Beziehung spielt zweifellos unmässiges Schnapstrinken eine sehr verderbliche Rolle. Chronischer und acuter Alcoholismus sind 22 Mal notirt. Unter diesen Fällen fanden sich nur 8 Gewohnheitstrinker. Bei 14 anderen Kranken war die Cholera unmittelbar nach gelegentlich stattgehabtem Abusus spirituosorum ausgebrochen. Von diesen 22 Alkoholikern starben 13, darunter 9 an der schlimmsten «fulminanten» Form, und von diesen 9 waren 8 Gelegenheitstrinker!

Die Altersverhältnisse unserer Kranken sind in beistehendem Diagramm Nr. 1 veranschaulicht. In 133 Fällen (ca. 64 pCt.) handelte es sich um Individuen von 20—40 Jahren, also im besten Alter stehende Männer. Der Zahl nach in die zweite Reihe gehören 52 Fälle, welche im Alter von 15—20 und 40—50 Jahren stehende Kranke betrafen. Zur dritten Reihe zählen 23 Erkrankungen, welche Knaben im Alter bis zu 15 und Männer von über 50 Jahren befallen hatten.

Der Einfluss des Alters auf die Mortalität (in der Zeichnung schraffirt) erhellt aus folgenden Zahlen:

Von 12 Kranken	von über 50 Jahren starben	8=66,7 pCt.
» 27 »	» 40—50 » »	16=59,3 »
» 69 »	» 30—40 » »	37=53,6 »
» 64 »	» 20—30 » »	34=53,1 »
» 25 »	» 15—20 » »	11=44,0 »
« 11 »	» 2—15 » »	5=45,5 »

Cholera fulminans (doppelt schraffirt) befiel relativ am häufigsten Individuen von 20—30 und 40—50 Jahren (ca. 22 pCt.). Es folgen Knaben im Alter bis zu 15 Jahren (18,2 pCt.) und Männer von 15—20 und 30—40 Jahren (ca. 16 pCt.), endlich Männer von über 50 Jahren (8,3 pCt.).

Die grösste Frequenz (siehe Diagramm Nr. 2) fiel in die Zeit vom 27. August—19. September, also in die erste Hälfte der Beobachtungsdauer. Die Tage der grössten Frequenzen waren der 3., 5., 7. und 15. September. Die Zahl der bis zum 19. September aufgenommenen Kranken verhält sich zu der Zahl der während der übrigen Beobachtungsdauer eingetretenen Kranken wie 146 : 62. Das Verhältniss der in den gleichen Zeiträumen gestorbenen ist 76 (=52,1 pCt.) : 35 (=56,5 pCt.). Bereits im algiden Stadium in das Hospital gebracht und dort im Lauf der ersten 24 Stunden gestorben (doppelt schraffirt) sind im Ganzen 69 Personen. Von diesen kamen aber auf die Zeit bis zum 19. Sept. 54, auf die übrige Beobachtungsdauer nur 15! Fulminant d. h. während der ersten 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung (gerechnet vom ersten Durchfall) letal verlaufener Fälle zählten wir 38; von ihnen entfielen 29 auf die erste und nur 9 auf die zweite Beobachtungsperiode! — Die Epidemie war also in der Zeit, auf die sich unsere Beobachtungen beziehen, während ihrer ersten Periode um Vieles mehr verbreitet und bösartiger als in der zweiten Hälfte ihrer Dauer.

II. Klinisches.

Wir haben die von uns beobachteten Kranken nach 3 Formen unterschieden. Zur I. Form «Cholera levis» wurden solche Fälle gerechnet, bei welchen trotz positiven Resultats der bakteriologischen Untersuchungen das klinische Bild während der acuten Periode den Charakter einer nur leichten Erkrankung darbot und dabei meist eines oder mehrere der prägnanteren Cholerasymptome (Erbrechen, Krämpfe, Temperaturerniedrigung etc.) vermissen liess. Zur II. Form «Cholera simplex» wurden alle Kranken gerechnet, welche voll ausgebildete Cholera darboten, bei welchen aber die acute Periode nicht bis zu asthenischen Erscheinungen, noch weniger bis zum algiden Stadium führte. Hiermit ist schon unsere Definition der III. Form «Cholera gravis» gegeben. Als bestimmend für die Diagnose des algiden Stadiums galt vor Allem Unfühlbarkeit des Radialpulses.

Zur Behandlung kamen:

57	Fälle von Cholera levis,	davon starben	4= 7,0 pCt.
39	» » » simplex	» »	10=25,6 »
112	» » » gravis	» »	97=86,6 »

Soweit auf sorgsam erhobene Anamnesen Gewicht gelegt werden darf, hatte die Krankheit in 35 Fällen ganz ohne Vorboten, plötzlich mit heftigem Durchfall, Erbrechen und Krämpfen — also als voll ausgebildete Cholera begonnen. In 31 dieser Fälle handelte es sich um Cholera gravis: davon starben 28 (=80 pCt.) und darunter 22 an Cholera fulminans. — Ein weniger stürmischer Beginn ist in 142 Fällen verzeichnet, in welchen während eines bis dreier Tage, oft aber auch nur weniger Stunden flüssige Stühle vorausgegangen waren (nur selten war dabei Kopfschmerz, Uebelkeit und Gurren in den Gedärmen verspürt worden). Bei 16 von diesen Kranken kam es nichtsdestoweniger zur Cholera fulminans. — In 3 Fällen konnte über die Zeit des Krankheitsbeginnes etwas Sicheres nicht ermittelt werden; hierher gehören auch jene 28 Kranken, welche schon vorher an catarrhalischen Erscheinungen des Magendarmtractus gelitten hatten.

Zur Symptomatologie des Choleraanfalles haben wir Folgendes zu bemerken.

Verfall der Gesichtszüge, Verlust der Stimme, Cyanose und Durstgefühl richteten sich im Allgemeinen nach der Schwere des Falles. Wir haben den Eindruck gewonnen,

dass auch die Erwärmungsfähigkeit der Extremitäten und die Nachhaltigkeit hierauf gerichteter therapeutischer Eingriffe umso grösser waren, je gutartiger sich die Form der Erkrankung erwies. Die Mehrzahl der Kranken klagte über Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen und Taubheit auf einem oder auf beiden Ohren. In etwa $^{2}/_{3}$ der Fälle waren die Zunge belegt und trocken, der Bauch eingezogen und seine Musculatur gespannt. Dabei bestanden Druckempfindlichkeit im Epigastrium, und Gurren, seltener Schmerz, in den Gegenden des Coecum und S romanum.

In fast allen Fällen hatte der Anfall mit starkem, schmerzlosem Durchfall begonnen. Sogenannte Cholera sicca ist uns kein einziges Mal begegnet, wohl aber war sehr häufig, fast in allen leichten Fällen, die Vehemenz des Anfalles schon vor dem Eintritt in unsere Beobachtung gebrochen, so dass wir oft genöthigt waren, uns Aufschluss über die Natur des Darminhalts per Klysma zu verschaffen. Nur in 15 bakteriologisch controllirten Fällen war der Stuhl seinem Geruch und seiner Farbe nach faeculent, in allen anderen dagegen Reiswasser- oder Mehlsuppenartig und gewöhnlich geruchlos. In etwa einem Dutzend exquisit schwerer Fälle aber verbreiteten die Darmausleerungen einen sehr intensiven und eigenartigen, am ehesten an in Zersetzung befindliche Lochien erinnernden Geruch.

Ohne Erbrechen war der Anfall nur bei 12 an Cholera levis erkrankten Personen verlaufen. Das Erbrechen hatte noch vor der Ankunft im Hospital endgiltig aufgehört in 29 Fällen letal verlaufener Cholera gravis (darunter 14 Ch. fulminans + 13 im algiden Stadium Aufgenommene) und bei 32 anderen Kranken, von denen 6 zur Cholera simplex und 26 zur Cholera levis zählten.

Krämpfe wurden in ca. 25 pCt., darunter in 13 tödtlich geendeten Fällen vermisst. Leichte nur auf die Waden beschränkte Krämpfe kamen bei ungefähr 50 pCt. zur Beobachtung, und zwar in annähernd gleichmässiger Vertheilung an Genesenen und Gestorbenen. Die unteren und oberen Extremitäten waren in 32, darunter in 25 tödtlich verlaufenen Fällen ergriffen. Die schlimmste Form endlich: clonische und tonische, auch auf die Musculatur des Rumpfes und auf das Diaphragma verbreitete Convulsionen wurden 24 Mal beobachtet, darunter 23 Mal bei Cholera gravis und davon 14 Mal bei Ch. fulminans. Alle diese 24 Kranken starben nach stundenlangen Suffocationsqualen meist bei wenig getrübtem Bewusstsein. Uebrigens lernten wir die Dyspnoe auch in etlichen anderen, meist letal verlaufenen Fällen, in denen sie weder durch Krämpfe der Brustmusculatur noch durch nachweisbare Lungenerkrankungen erklärt werden konnte, als ominöses Symptom kennen und fürchten.

Ausgesprochene Temperaturerniedrigung war fast stets vorhanden; im algiden Stadium wurde 3 Mal sogar eine Temperatur von 33°C. abgelesen. Die Pulsfrequenz hielt sich bei Cholera levis meist zwischen 80 und 90, bei Cholera simplex zwischen 90 und 110, bei schweren Formen dagegen (controllirt nach der Zahl der Herzcontractionen) fast ausnahmslos über 110. Wir hörten die Herztöne gewöhnlich leiser als normal, meist rein, selten dumpf. Bei bereits erfolgtem oder erfolgendem Uebergang zu asthenischen Erscheinungen constatirten wir in der Mehrzahl der Fälle Unhörbarkeit resp. Schwinden der zweiten, diastolischen Töne. Vollständige Unhörbarkeit aller Herztöne wurde 14 Mal bei Cholera gravis schon 2—10 Stunden vor dem Eintritt des Todes nachgewiesen.

In der A g o n i e beobachteten wir häufig maximale Erweiterung, Reactionslosigkeit und Ungleichheit der Pupillen, in einigen Fällen Auftreten kalten, klebrigen Schweisses und Jactationen trotz Abwesenheit von Krämpfen. Benommenheit des Sensoriums war meist vorhanden, vollständige Bewusstlosigkeit dagegen sehr selten.

An die Kritik der klinischen Beobachtung stellt die dem acuten Choleraanfalle folgende P e r i o d e d e r N a c h k r a n k h e i t e n zur Zeit zweifellos höhere Anforderungen, denn solange die Bakteriologie über die Art und die Wirkungsbedingungen der Toxine noch keine entscheidende und ausreichende Antwort ertheilt hat, ist es nicht leicht, sich unter der grossen Menge der so wechselvollen und unsteten Erscheinungen dieser Krankheitsperiode zurechtzufinden, noch schwieriger aber sich in jedem Falle eine klare Deutung des Beobachteten zu verschaffen. Wir glauben daher, dass vorab nur fussend auf dem Boden zahlreicher und sehr genauer klinischer Beobachtungen Ansichten vertreten werden dürften, die zuweilen von Seiten laut geworden sind, wo solche Grundlage nicht vorhanden. Wie die Dinge heute liegen, scheint es uns geboten, auch im Folgenden nur nackte Thatsachen zu bringen und das Finden der Schlüsse dem Leser grösstentheils selbst zu überlassen. Die grosse Häufigkeit gewisser fort und fort wiederkehrender und in Beziehung zu einander stehender Symptome berechtigte uns, das weitaus grösste Gebiet der uns begegneten Nachkrankheiten unter dem leider sehr unglücklich gewählten Collectivnamen «C h o l e r a t y p h o ï d» zusammenzufassen. Wir verwahren uns aber von vornherein gegen die Annahme, dass wir dieser Bezeichnung einen in sich abgeschlossenen Krankheitsbegriff supponiren. Unserer Eintheilung gemäss kam das Typhoïd 42 Mal zur Beobachtung. Die schwere, mit vollständiger Anurie einhergehende Form folgte 14 Mal nach Ch. gravis, 7 Mal nach Ch. simpl. und 2 Mal nach Ch. levis. Diese 23 Kranken starben. Die zweite, weniger schwere Form, bei vorhandener aber ungenügender Diurese, beobachteten wir 2 Mal nach Ch. gravis und 1 Mal nach Ch. simpl. Von 16 leichten Formen folgten 3 der Ch. gravis, 8 der Ch. simpl. und 5 der Ch. levis. Diese 19 Kranken genasen. Die ersten Symptome des Typhoïds zeigten sich gewöhnlich zwischen dem 4. und 7., nur in 2 Fällen schon am 3. und in 3 anderen erst am 8. und 10 Krankheitstage. Der Grad der primären Krankheit scheint, soviel sich übersehen lässt, für die Zeit des Beginnes eines etwa folgenden Typhoïds von keinem Belang zu sein. Dagegen lässt sich wohl sagen, dass die Disposition für das Auftreten des Typhoïds um so grösser ist, und die Chancen für die Genesung von letzterem um so geringer sind, je schwerer der überstandene Choleraanfall war.

Wir halten folgenden S y m p t o m e n c o m p l e x als charakteristisch für das typische Bild eines s c h w e r e n T y p h o ï d s: Der Choleraanfall ist überstanden, Erbrechen und Krämpfe haben aufgehört, die Erschöpfung des Kranken ist zwar noch gross, aber die Qualität des Pulses ist besser geworden, die Cyanose ist geschwunden, die Extremitäten fühlen sich wieder warm an, und tiefer Schlaf scheint die Reconvalescenz zu besiegeln. Nur die Diurese ist noch ungenügend, im Harn ist noch viel Albumen. Da beginnt am 5. Krankheitstage Singultus, anfangs vom Kranken kaum beachtet, nach etlichen Stunden schon aber als äusserste Qual empfunden. Die Diurese stockt vollständig. Der Puls wird ungewöhnlich voll, dabei weniger frequent (zwischen 80 und 90). Der Kranke klagt von Neuem über Kopfschmerz. Bald, gewöhnlich schon am nächsten Tage, macht sich intensive Injection der Conjunctiven bemerkbar, und das Gesicht ist erythemähnlich geröthet. Dabei ist die Temperatur meist subnormal. Die Frequenz des Pulses hat noch mehr abgenommen. Gegen Abend wird der Kranke unruhig, fordert nach Hause gelassen zu werden, springt aus dem Bette oder wirft sich umher. Sehr bald tritt stärkere Störung des Bewusstseins auf, welche sich dann meist innerhalb weniger Stunden zum Bilde des sogen. Status typhosus fortentwickelt. Die Temperatur bleibt subnormal, der Puls wird schwächer, noch langsamer und nicht selten aussetzend. Es besteht vollständige Anurie — ohne Oedem. Der bewusstlose Kranke liegt nun ruhig auf dem Rücken und athmet tief und



laut, man möchte sagen «rauschend», mitunter stöhnend. Zunge und Lippen sind trocken, die Pupillen weit und träge reagirend. Der Puls ist noch schwächer, und die Intermissionen sind noch häufiger geworden, die Frequenz ist auf 60, auf 50 ja auf 40 gesunken, und die Temperatur fällt rapid. So verlöscht das Leben unaufhaltsam am 10.—12. Krankheitstage, selten später.

Nur selten begegnet man so vollständig ausgeprägten Bildern. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass sich die Schwere der Gehirnsymptome im Allgemeinen nach dem Grade des Versiegens der Diurese richtete. Jene 3 Fälle der weniger schweren Form betrafen Kranke, welche bis zum 10. Tage wenig albumenhaltigen, nachher aber reichlich albumenfreien Harn entleerten. Auch bei ihnen war es zur Zeit der ungenügenden Diurese schon zu Delirien und Somnolenz gekommen. Als sehr wichtige Anzeichen, welche allein schon zur Diagnose des Typhoïds berechtigen, sind uns der oft unstillbare Singultus, die Conjunctivitis und die eigenthümliche Gesichtsröthung erschienen. Nur in einem Fall von schwerem Typhoïd stieg die Temperatur 2 Tage vor dem Tode bis auf 39° C. Man könnte diesen Umstand auf Rechnung der durch die Section nachgewiesenen catarrhalischen Pneumonie setzen, wenn nicht das Vorhandensein lobulärer pneumonischer Herde bei im Typhoid zu Grunde Gegangenen zu den häufigen Vorkommnissen zählte. In einem zweiten Fall von leichtem Typhoïd begegneten wir einer vorübergehenden Temperatursteigerung bis 38,8° C. während der Ausbildung der charakteristischen Gesichtsröthung. Das geschilderte Verhalten des Pulses und der Athmung müssen wir in Anbetracht ihrer unleugbaren Beziehungen zum Herannahen des Todes als praeagonale Merkmale hinstellen. Urticariaähnliche Exantheme sahen wir in 2 tödtlich verlaufenen Fällen. Ulcerative Keratitis und Furunculosis kamen je einmal zur Beobachtung. Bei zwei Genesenen endlich kamen profuse Nasenblutungen vor.

Es erübrigt noch 7 Fälle mit ungewöhnlichem Verlauf namhaft zu machen, deren Einfügung in den Rahmen des bisher Geschilderten nicht wohl möglich war. Ein Kranker mit Fettherz starb am dritten Tage noch während des Choleraanfalls unter einer klinisch nicht aufgeklärten Temperatursteigerung bis 40° C. Die Section wurde verweigert. Zwei Kranke, von denen der eine durch intravenöse Infusion über das algide Stadium hinausgebracht worden war, starben am 10. resp. am 4. Tage unter Symptomen einfacher Herzschwäche. Bei einem 18-jährigen Kranken entwickelte sich nach überstandenem Choleraanfall in Folge der Nierenaffection im Laufe von acht Tagen deutliche Hypertrophie der linken Herzkammer. Es bestanden Oedeme. Er starb unter urämischen Symptomen. In einem mit Dysenterie complicirten, günstig verlaufenen Falle waren nach abgelaufenem Choleraanfall leichte Fiebertemperaturen vorhanden. Bei einem gleichfalls Genesenen wurde am 10. Krankheitstage ein auf den Rumpf und die Extremitäten beschränktes masernähnliches Exanthem beobachtet bei sonst normalem Verhalten und guter Diurese. Ein 8-jähriges Kind endlich delirirte während der Nachperiode 2 Tage lang trotz ausreichender Harnentleerungen und im Uebrigen günstigen Krankheitsverlaufs.

(Schluss folgt).

Referate.

E. Lancereaux: Anthracose der Lungen bei den Polirern der sog. Kohlenlichte, die für elektrische Apparate gebraucht werden. (La France Médicale. № 47. 1893. 24. Nov.).

Die Anthracose, unter dem Namen der Kohleninfiltration (encombrement charbonneux) als Krankheit bekannt, die bei Arbeitern von schlecht ventilirten Kohlengruben vorkommt, ist enorm bösartig und führt leicht den Tod herbei, abgesehen davon dass die Bergleute nach kurzer Zeit in Folge von Kurzathmigkeit verhindert sind ihre Arbeit fortzusetzen. Vor ca. 30 Jahren fand man bei Arbeitern, die in mit Kohlenstaub geschwängerten Räumen ihrer Beschäftigung oblagen, und dann in die Krankenhäuser eintraten, Kohleninfiltration der Lungen z. B. bei Modelleuren aus Kohlenmaterial vor ca. 30 Jahren. Doch, seitdem Gyps die Kohle verdrängt hat, sind die Fälle fast ganz geschwunden. 1890 bemerkte Verf. bei einem Influenzakranken auffallend schwarz gefärbten Auswurf beim Speien, kam auf den Gedanken, dass es Kohlenpartikel sein könnten, die die Färbung bewirkten und fand die Diagnose bestätigt. Pat., ein kräftig gebauter, aus gesunder Familie stammender, gut genährter Mann, ging darauf nachdem er immer wieder Hilfe im Krankenhaus nachgesucht hatte, unter den Erscheinungen von Dyspnoë, Lungen-Cavernen und allgemeinem Kräfteschwund zu Grunde im Juni 1893. Die Section ergab pleuritische Adhaesionen beider Lungen und die Lungen selbst waren infiltrirt und schwarz gleichsam in zwei Stücke Kohlen verwandelt und der Thoraxwand anhängend. Pat. war Arbeiter in einer Fabrik zur Anfertigung der Kohlenlichte für elektrische Lampen. Die rohe Kohle unterliegt dabei vielfacher Bearbeitung, bei der besonders das Poliren auf einer Schmergelmühle von Bedeutung ist. Bei der Bearbeitung auf dieser Mühle werden leider 2 Arten unlöslichen Staubes entwickelt: Kohlenstaub vorzüglich und Kieselstaub; beide dringen leicht in die Luftwege und den Magendarmkanal, infiltriren das Lungengewebe, seltener die Leber, und bedingen in den afficirten Organen wenigstens eine Verdickung. Verf. wendet die Aufmerksamkeit darauf, dass die Arbeiter in diesen Werkstätten vor der Gefahr geschützt werden müssten. Das sicherste Mittel ist eine gesetzliche Forderung, dass die betreffenden Arbeitsräume gut ventilirt und geräumig seien und Aspirationsröhren möglichst in der Nähe der Arbeiter eingerichtet würden. — Näheres sehe man im Originale nach. Wir meinen nur, dass die Arbeiter in solchen Werkstätten Respiratore tragen müssten.

Grimm.

Prof. E. Fuchs: Die neuen Methoden der Staaroperation. (Wien. klin. W. 1893. Nr. 2.)

Prof. A. v. Hippel: Ueber den gegenwärtigen Stand der Staaroperation. (Münchener med. Wochenschr. 1893. Nr. 36.)

Die zahlreichen im Laufe der letzten Jahre erschienenen Arbeiten über die Staaroperation beweisen, dass diese vornehmste aller Augenoperationen unausgesetzt das lebhafte Interesse der Fachmänner in Anspruch nimmt. Weitere Vervollkommnung der bereits hoch entwickelten und bis ins Detail ausgearbeiteten Methoden, Verbesserung und Vereinfachung der Technik, Sicherung eines glatten Heilverlaufes und eines möglichst vollkommenen optischen Resultates — das sind die Ziele, welche die operative Augenheilkunde heutzutage mit besonderem Eifer gerade auf dem Gebiete der Staaroperation verfolgt. Diese giebt daher auch ein ständiges Thema auf der Tagesordnung der ophthalmologischen Gesellschaften und Congresse ab.

Zwei Fragen treten dabei besonders in den Vordergrund: die eine bezieht sich auf die Operationsmethode und lautet: ist die der Extraction des kernhaltigen (harten) Staares vorausgeschickte Iridectomie beizubehalten oder verdient die Operation ohne Iridectomie, die sogenannte «einfache» Extraction, mit Erhaltung einer runden Pupille, den Vorzug? die zweite, wichtigere Frage betrifft die Anti- resp. Aseptik; sie hat insofern eine allgemeine Bedeutung, als wohl keine andere Operation am Auge, und vielleicht auch am übrigen Körper, so vorzüglich geeignet ist, die angewandten anti- resp. aseptischen Cautelen in ihrem Werthe schätzen und auf ihre Zuverlässigkeit prüfen zu lehren, wie gerade die Staaroperation.

Im vorigen Jahrgange dieser Wochenschrift (Nr. 52, S. 496) ist die umfassende, auf Sammelforschung gegründete Arbeit Landolt's über den gegenwärtigen Stand der Staaroperation (Beiträge zur Augenheilkunde Heft VI und VII) eingehend berücksichtigt worden.

Hier sollen zwei Vorträge über dasselbe Thema kurz referirt werden, welche von sehr autoritativen Seiten stammen und hierdurch sowohl, wie auch durch ihre Objectivität besondere Beachtung verdienen. Beide Verfasser geben zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Staaroperation und die neuesten Wandlungen auf diesem Gebiete, und gehen dann zur Schilderung des in ihren Kliniken üblichen Verfahrens über.

Die auf Erzielung von Keimfreiheit bei der Operation gerichteten Maassnahmen bestehen neben sorgfältiger Reinigung des Patienten und der operirenden und assistirenden Hände, in folgendem: bei Prof. Fuchs (Wien): Reinigung der Umgebung des Auges und der Lider mit Sublimatlösung 1:4000, Auswaschung des Bindehautsackes mit derselben Lösung oder mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung,

Auskochen der Instrumente in Wasser, Desinfection der Hände des Operateurs und der Assistenten mit Sublimat 1:2000, Sterilisation des Verbandzeuges durch trockne Hitze. Bei Prof. v. Hippel (Halle): Abwaschung der Lider und der Cilien mit Seife, Alkohol und Sublimat 1:2000, Ausspülung des Conjunctivalsackes mit Sublimat 1:5000, Auskochen der Instrumente in Sodalösung und nachfolgende Desinfection derselben in 2 pCt. Carbollösung. Kochen der einzuträufelnden Cocainlösung, Sterilisation der Verbandstoffe in strömendem Wasserdampf*).

Was die Schnittführung bei dem gewöhnlichen (kernhaltigen) Altersstaar anlangt, so macht Fuchs, je nachdem ob er mit oder ohne Iridectomie operiren will, entweder einen etwa das obere Viertheil der Hornhaut umfassenden Schnitt im Limbus corneae mit Bildung eines Bindehautlappens, oder einen etwas grösseren Schnitt dicht am Rande der durchsichtigen Hornhaut. v. Hippel, der die Operation mit Iridectomie ausführt, verlegt den etwa das obere Drittheil der Hornhaut umspannenden Schnitt gleichfalls in den Limbus.

Zur Frage der Iridectomie, bei gewöhnlichen senilen Cataracten nehmen die beiden Autoren folgendermaassen Stellung: v. Hippel hat die mit Iridectomie verbundene (sog. combinirte) Methode beibehalten «weil er, wie die Mehrzahl der Fachgenossen, einerseits die gegen diese Methode erhobenen Vorwürfe: kosmetische Entstellung und Beeinträchtigung der Sehschärfe durch das Colobom, grössere Häufigkeit der Glaskörpervorfälle — nicht als berechtigt anerkennt, andererseits das öftere Vorkommen von Iriseinheilungen und -Vorfällen für eine ernste Gefahr wegen der Möglichkeit einer secundären Infection erachtet.» Fuchs operirt sowohl mit als ohne Iridectomie: bei der Auswahl der Fälle lässt er sich von der Ansicht leiten «dass die Operation ohne Iridectomie zwar das vollkommnere Resultat giebt, aber weniger Sicherheit des Erfolges gewährt», er bezeichnet die Operation ohne Iridectomie als eine «Luxusoperation, die man sich in vollkommen günstigen Fällen erlauben darf. Das Auge sieht nach derselben ganz unversehrt aus, woran sich allerdings der sachverständige Arzt mehr erfreut als der Patient». Ohne Iridectomie operirt er daher nur in den Fällen, welche in jeder Beziehung günstige Verhältnisse darbieten; er operirt dagegen stets mit Iridectomie: 1) bei sehr enger Pupille 2) bei sehr unreifen oder stark geblähten Staaren 3) bei mit anderweitigen Veränderungen im Auge complicirten Staaren 4) bei gleichzeitigen Bindehautleiden, weil der beim peripheren Schnitt gebildete Bindehautlappen die Wunde vor nachträglicher Infection schützt 5) wenn Vorfall der Iris in die Wunde nach der Operation zu befürchten ist, so auch besonders bei unruhigen oder unverständigen Patienten, 6) bei sehr alten marastischen Personen, die nicht lange liegen dürfen, 7) bei Einäugigen, da er die Operation mit Iridectomie für sicherer hält. — Bei einer solchen Auswahl der Fälle darf es natürlich nicht der Methode als solcher zugeschrieben werden, dass die Operation mit Iridectomie eine etwas höhere Verlustziffer aufweist als die Extraction mit Erhaltung einer runden Pupille (2,3 pCt. gegen 0,6 pCt.) denn ersterer wurden ja alle weniger günstigen Fälle zugewiesen.

Auf manche andere in diesen beiden Vorträgen berührten Puncte von mehr specialistischem Interesse soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Blessig.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Jankau: «Die Photographie in der praktischen Medicin». Für Kliniken, praktische Aerzte und Studirende. Mit 30 Originalaufnahmen. München 1894. Verlag von Seitz und Schauer.

Den ersten Theil dieses Büchleins bilden kurze Angaben über photographische Apparate und die photographische Technik. Der Leser kann sich in denselben wenig «fachmännischen Rath» holen. Der 2. Theil enthält Aufnahmen von den verschiedenartigsten Krankheits-Zuständen. «So werden wir das, was wir zunächst für die praktische Medicin bezwecken wollen am deutlichsten klar machen» meint Verf. Wir sind nicht derselben Meinung, denn die Bilder sind mit äusserst wenigen Ausnahmen nichts weniger als deutlich und klar.

Dobbert.

Bernh. Fischer: Die neueren Arzneimittel. Für Apotheker, Aerzte und Drogisten. 6. vermehrte Auflage. Berlin, J. Springer 1894.

Dieses bereits nach wenigen Monaten in neuer Auflage erschienene Buch hat vorwiegend praktische Zwecke im Auge. Das gesammte Material ist einer sorgfältigen nochmaligen Durcharbeitung unterzogen worden. Obgleich mehr als 30 neue Arzneimittel zur Aufnahme gelangten, ist die Bogenzahl der letzten Auflage durch ökonomische Anordnung des Stoffes und gelegentliche Streichungen nicht wesentlich überschritten worden. Bei jedem Mittel sind die Darstellung, Eigenschaften, Prüfung, Aufbewahrung und Anwendung erörtert mit eventueller Beifügung gebräuchlicher Receptformeln. Eine klar gehaltene allgemeine Bemerkung über die Bestimmung des Schmelz- und des Siedepunktes ist vorausgeschickt. Es folgen die einzelnen Mittel: zuerst die Metalloide und Metalle, dann die organischen Verbindungen, die wiederum in Methanderivate, Benzolderivate, org. Basen, Terpene, Campher und Substanzen unbestimmter Zusammensetzung (Arbutin, Agaricin, Cannabis, Ichthyol etc.) zerfallen. Zum Schluss ist eine Tabelle über die Aufbewahrung und den Preis der Mittel angefügt. Das Werk ist mit grosser Sachkenntniss und Sorgfalt geschrieben und bietet dem praktischen Arzt alles wesentliche.

Druck ung Ausstattung sind gut.

Weyert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 14. December 1893.

1. Herr Petersen spricht über extragenitale syphilitische Infection und stellt eine 25 jährige Frau mit einem syphilitischen Primäraffect an der Unterlippe und Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen vor. Ausser diesem Falle hat Vortr. im Laufe der letzten Monate noch 3 Fälle von extragenitaler Infection zu sehen Gelegenheit gehabt: Primäraffect an einer Tonsille bei einem im Lombard-Geschäft thätigen ältern Herrn, Primäraffect am Finger bei einer jungen Feldscherin, welche von einem syphilitischen Cholerapatienten in den Finger gebissen wurde, und Primäraffect an der Unterlippe nach zufälliger Verletzung. Die extragenitale Infection ist überhaupt viel häufiger als man gewöhnlich annimmt, besonders unter der Landbevölkerung, wo 70 bis 80 pCt. aller Syphilitischen auf extragenitalem Wege inficirt sind! Vortr. möchte dieser Möglichkeit bei der Differentialdiagnose unklarer Erkrankungsfälle mehr Aufmerksamkeit geschenkt wissen, als bisher geschieht.

Ueber den eben erwähnten Fall von syphilitischem Primäraffect an einer Tonsille macht Herr Blessig, der wegen einer Complication am Auge zum betr. Patienten hinzugezogen wurde, noch folgende Angaben: die über Monate sich hinziehende Krankheit begann Ende August mit einer Angina tonsillaris mit Belag auf der rechten Tonsille, wegen welcher vom behandelnden Collegen Dr. Hess die DDr. Rauchfuss und Ssimanowski zu Rathe gezogen wurden. An die Angina schloss sich eine Phlegmone der rechten Halsseite; eine von Herrn Dr. Dombrowski gemachte Incision eröffnete einen tiefen Abscess, in welchem aber keine vereiterten Lymphdrüsen gefunden wurden; die Incisionswunde heilte anstandslos. Auf der Tonsille aber kam der Process nicht zur Heilung, sondern es entwickelte sich eine flache Ulceration mit unreinem Belag und infiltrirten Rändern; dieselbe wurde mit Carbollösung gepinselt und später mit Jodoform bestäubt, besserte sich aber nicht. Unter andauerndem remittirendem Fieber traten dann an den Extremitäten multiple, schmerzhafte, spindelförmige subcutane Infiltrationen auf, welche sich alle spontan wieder zurückbildeten. Ende September entwickelte sich im Laufe weniger Tage am rechten Auge ein episcleraler Abscess, welcher (unter Anwendung von Compresse echauffante und Atropinsalbe) nach einigen Tagen spontan aufbrach und dann rasch heilte, ohne dass das Auge erhebliche Entzündungserscheinungen dargeboten hätte. Hierauf zeigte sich am Gesicht und an der behaarten Kopfhaut ein papulös-pustulöses Exanthem.

Die nun hinzugezogenen Herren DDr. Tschistjakow und Petersen sprechen das Exanthem als ein syphilitisches, und die Affection an der Tonsille als syphilitischen Primäraffect an. Pat. wurde einer energischen antisyphilitischen Behandlung unterworfen.

Herr Petersen theilt mit, dass während der Schmiercur sowohl die Affection an der Tonsille, als auch das Exanthem rasch geschwunden sind und Patient sich jetzt wohl befindet. P. ist geneigt in diesem Falle eine Mischinfection anzunehmen, da neben dem syphilitischen auch noch andere, und zwar eitrige (vielleicht pyaemische?) Processe sich abspielten.

2. Die Herren Mendelsohn und Tiling referiren über einen mit Erfolg trepanirten Fall von Gehirnabscess in der Gegend der linken 3. Stirn- und vordern Centralwindung. Die Symptome, welche die Localdiagnose ermöglichten, bestanden hauptsächlich in rechtsseitiger Hemiplegie, Aphasie und Druckempfindlichkeit der entsprechenden Stelle am Schädel. Die Trepanation wurde am 23. August 1891 im Deutschen Alexander-Männer-Hospital in extremis ausgeführt. Die ausführliche Krankengeschichte ist zur Veröffent-

*) Cfr. v. Schroeder's Angaben über die Antiseptik bei Augenoperationen (Protokolle des V. livländ. Aerztetages № 4 dieses Jahrganges der Wochenschrift S. 35.)

lichung bestimmt. Der Patient wird vorgestellt. Er hat jetzt nur bisweilen Anfälle von partieller (Jackson'scher) Epilepsie, welche vom rechten Arm ihren Ausgang nehmen, befindet sich aber im Uebrigen ganz gesund und zeigt keinerlei Defecte.

Im Anschluss hieran demonstrirt Herr Tiling einen nach den Angaben von Kocher construirten Apparat zur genauen Bestimmung der Lage der einzelnen Hirntheile im Schädel. Der Apparat, der aus einem Winkelmaass und drei Messbändern besteht, ermöglicht eine sehr sichere Localisation.

3. Herr Mendelsohn theilt folgenden Fall von geheilter hystero-traumatischer Hemiplegie mit: Pat., 46 J. a., Beamter, dessen Eltern «nervös» gewesen sein sollen, litt seit vielen Jahren an leichten hysterischen Anfällen und Neuralgien. Im September 1886 hatte er eines Tages einen heftigen Aerger, und von dem Tage an spürte er des Morgens eine ganz vorübergehende Schwäche der linken Seite. Die Furcht, gelähmt zu werden, welche Pat. von früh auf immer gehabt hatte, wurde bei ihm hierdurch noch gesteigert. Nachdem Pat. eine Zeit lang von specialistischer Seite mit Electricität etc. behandelt worden war, erhielt er am 5. April Abends ein Vesicans auf den Nacken. In der Nacht verschob sich dasselbe, und kam auf das linke Ohr zu liegen, wo es recht energisch einwirkte. Am folgenden Morgen war die ganze linke Körperseite gelähmt und in Contractur, mit Asymmetrie des Gesichtes. Es wurden mehrere Aerzte consultirt; man dachte an Thrombosen. Die electrische Behandlung wurde schlecht vertragen. Im August 1887 machte Pat. bei Prof. Eichwald im klinischen Institute eine Quecksilbercur durch, später bekam er in der Provinz Sublimatinjectionen. Im Jahre 1889 brauchte er eine Badecur, wodurch der Zustand sich vorübergehend etwas besserte. Vortr. wurde im Herbst 1890 consultirt und fand folgenden Status: Herz gesund, Intelligenz gut. melancholische Gemüthsstimmung. Die linke obere Extremität flectirt, activ gar nicht, passiv nur wenig beweglich; linke untere Extremität unbeweglich in Extensionsstellung. Ausserdem: vollständige linksseitige Hemianaesthesie für alle Qualitäten der Empfindung; an beiden Augen concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, die übrigen Sinne normal, aber links etwas weniger empfindlich als rechts; die ganze linke Seite ist kälter als die rechte. Vortr. diagnosticirte eine hysterotraumatische Hemiplegie und Hemianaesthesie. Bei der schon vorher unzweifelhaft vorhandenen Hysterie genügte die geringfügige traumatische Läsion des linken Ohres durch das Vesicans, um die Lähmung hervorzurufen. In differentialdiagnostischer Hinsicht kamen noch in Betracht: 1) Polyneuritis; bei dieser entsprechen die anaesthetischen Bezirke aber den anatomischen Ausbreitungsgebieten der einzelnen Nerven, es kommt nicht zu einer in der Mittellinie des Körpers scharf begrenzten Hemianaesthesie; auch pflegt bei ihr früher oder später eine Atrophie der gelähmten Muskeln mit Entartungsreaction sich einzustellen. 2) Cerebrale Lähmung, bedingt durch eine Läsion in der inneren Kapsel (eine corticale Lähmung konnte wegen der Hemianaesthesie ausgeschlossen werden; bei einer capsulären Hemiplegie aber pflegt sowohl die Contractur wie die Anaesthesie sich rasch zu bessern. Endlich wurde die Diagnose einer hysterotraumatischen Lähmung noch dadurch gesichert, dass letztere in der Chloroformnarkose schwand. Die Therapie solcher Zustände muss alle Reize vermeiden, sie war vorwiegend eine hydropathische und psychisch-suggestive. Eines Tages (im Jahre 1892) war die Contractur ganz geschwunden, jetzt ist Patient ganz gesund und arbeitsfähig, nachdem er 6 Jahre lang nicht hatte gehen können. Der Fall ist besonders interessant wegen der Seltenheit der hysterotraumatischen Hemiplegie: solche Lähmungen treten meist nur als Monoplegien auf, sodass Manche die Hemiplegie in solchen Fällen als aus zwei Monoplegien zusammengesetzt auffassen.

Secretär: E. Blessig.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1893.

Während des Jahres 1893 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 23 Mitgliedern und 6 Gästen 37 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 10 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate, Abbildungen etc. demonstrirt wurden. Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen:

Innere Medicin.

Kernig. Ueber das blutige Sputum der Hysterischen. (2. Feb.).
Masing. Fall von Stenose der Mitralis mit ungewöhnlichem Verlauf. (2. November).
Moritz. Ueber ein Auscultationsphaenomen am Herzen (accidentelles Herzgeräusch). (16. März).
Westphalen. Ueber Hyperacidität und Hypersecretion des Magensaftes. (27. April).
Derselbe. Demonstration von Praeparaten: 1) Cirrhosis ventriculi, 2) primäres Sarcoma ventriculi. (5. October).

Chirurgie.

Anders. Ueber die Topographie des Antrum mastoideum im Kindesalter, im Hinblick auf die Trepanation des Felsenbeins. (5. und 19. Januar).
Hagen-Torn. 3 Fälle von multiplen schweren Verletzungen durch Beilhiebe (13. April).
Schmitz. Fall von partieller Arthrektomie wegen Coxitis tuberculosa. (19. Januar).
v. Schrenck. Fall von penetrirender Bauchwunde mit Vorfall und Abreissung eines Theils des Dünndarmes. (2. Nov.).
Wanach. Ueber die Gastrostomie bei carcinomatöser Stenose des Oesophagus (3 Fälle). (21. September).
Derselbe. Fall von penetrirender Bauchwunde mit Vorfall und multiplen Verletzungen des Dünndarmes, Resection. Heilung. (30. November).

Geburtshilfe und Gynaekologie.

Bidder. Fall von Uterusruptur inter partum. (21. September).
Frantzen. Fall von doppelseitigen Dermoidcysten der Ovarien. (2. Februar).
v. Schrenck. Demonstration eines von Myomen durchsetzten Uterus. (19. Januar).
Derselbe. Fall von Metritis dissecans. (Praeparat). (5. October).

Kinderheilkunde.

Abelmann. Fall von Bronchiektasien und bronchiektatischen Cavernen nach Keuchhusten. (19. Januar).
Lunin. Fall von Lymphosarkom der retroperitonealen Lymphdrüsen bei einem 2jährigen Kinde. (11. Mai).
v. Mossin. Fall von abdominalem Tumor bei einem 1½jähr. Kinde. (16. Februar).
Nissen. Ueber die Diazo-Reaction, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbett des Kindes. (30. November).

Augenheilkunde.

Blessig. Ueber Verletzungen des Auges durch Fremdkörper. (19. October).
Hulanicki. Ueber Lepra des Auges. (2. März).
Hulanicki und Zumft. Bericht über die augenärztliche Thätigkeit zweier fliegenden Colonnen in den Gouvernements Tschernigow und Kowno. (19. October).
Natanson und v. Schroeder. 3 Fälle von Sehnervenatrophie infolge von Kopfverletzung (Basisfractur). (21. September).
Schmitz. Fall von complicirter Schädelfractur mit Erblindung eines Auges. (5. October).
v. Schroeder. Verstopfung des untern Thränenröhrchens durch Pilzmassen (Aktinomyces). (13. April).

Nervenkrankheiten.

Mendelsohn. Fall von geheilter hysterotraumatischer Hemiplegie. (14. December).
Mendelsohn und Tiling. Ueber einen mit Erfolg trepanirten Fall von Hirnabscess. (14. December).
Tiling. Fall von Epilepsie nach Trauma mit andauerndem Schlafzustand nach einem operativen Eingriff. (2. Februar).

Syphilis und Hautkrankheiten.

Petersen. Ueber die Ausbreitung der Lepra in Russland. (27. April).
Derselbe. Ueber Lepra maculosa. (19. October).
Derselbe. Ueber extragenitale syphilitische Infection. (14. December).

Fernere Vorträge und Mittheilungen.

Biel. Ueber die Löslichmachung der rohen Carbolsäure im Wasser durch Behandlung mit Schwefelsäure. (16. März).
Blachstein. Ueber Choleratheorien. (16. November).
Ernst. Ueber die Heilung des Stotterns als eine Frucht der Erziehung. (2. März).
Heryng (Warschau). Versuche über Einbringung von Flüssigkeiten in das Lungengewebe, spec. in Cavernen. (16. November).
Weber (Jalta). Ueber die Traubencur in Jalta. (16. Februar).
Wladimiroff. Ueber die Gewinnung des Tetanus-Heilserums. (16. November).

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Am 11. Februar beging Dr. Theodor Tiling, Director der städtischen Irrenanstalt Rothenberg bei Riga, sein 25-jähriges Doctorjubiläum. Nach Erlangung der Doctorwürde in Dorpat war Dr. Tiling anfangs Assistenzarzt in Rothenberg und siedelte darauf nach St. Petersburg über, wo er 13 Jahre hindurch als Ordinator an der Irrenanstalt Nikolai des Wunderthäters fungirte. Im Jahre 1884 wurde er nach Riga berufen, um an Stelle des verstorbenen Dr. Brutzer

die Leitung der Irrenanstalt Rothenberg zu übernehmen, die sich bekanntlich eines ausgezeichneten Rufes auch über die Grenzen der Ostseeprovinzen hinaus erfreut.

— Am 31. Januar feierte der Militär-Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. W. W. Lotin, das 40-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. An der Feier betheiligten sich die Gesellschaft für Militär-Sanitätswesen in Kasan, deren Präsident der Jubilar ist, sowie die Gesellschaft der Aerzte an der Kasanschen Universität.

— Als Candidat für den Lehrstuhl der physiologischen Chemie an der Universität Kasan ist nach dem Rücktritt des Prof. Schtscherbakow, wie der «Wratsch» erfährt, unter Anderen auch der Prof. der Baseler Universität Dr. Gustav Bunge, in Aussicht genommen, welcher bekanntlich längere Zeit Docent in Dorpat war und einmal auch zum Professor der physiologischen Chemie in Kiew gewählt war.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Simbirsk hat anlässlich ihres 25-jährigen Jubiläums, das sie zu Ende des vorigen Jahres beging, folgende Personen zu Ehrenmitgliedern ernannt: den Gouverneur von Simbirsk W. N. Akinfjew, den Chef der militär-medicinischen Academie W. W. Paschutin und die Professoren Slawjanski, Sjetschenow, Sklifassowski, Trapp, Mendelejew in St. Petersburg, Adamjuk in Kasan, Metschnikow in Odessa, Pasteur in Paris und Rudolf Virchow in Berlin. (Wr.)

— Dr. N. G. Uschinski, welcher von der militär-medicinischen Academie zur weiteren Vervollkommnung in's Ausland geschickt war, hat sich nach seiner Rückkehr als Privatdocent für gerichtliche Medicin an der genannten Academie habilitirt.

— Als Nachfolger Billroths auf dem Lehrstuhl der Chirurgie in Wien wird Prof. Dr. Mikulicz in Breslau, einer der bevorzugten Schüler des grossen Chirurgen, genannt.

— An der Universität Erlangen soll ein Lehrstuhl für Bakteriologie creirt werden, für welchen der dortige Privatdocent Dr. Hauser in Aussicht genommen ist.

— Aus Wiesbaden schreibt uns Herr Dr. Emil Pfeiffer, ständiger Secretär des Congresses für innere Medicin, Folgendes:

«Da in Folge der Verlegung des XI. internationalen medicinischen Congresses auf die Zeit vom 29. März bis 5. April 1894 sich für die Abhaltung des Congresses für innere Medicin Schwierigkeiten ergeben haben, so hat das Geschäftscomité und der engere Ausschuss dieses Congresses einstimmig beschlossen, den XIII. Congress für innere Medicin zu verschieben und erst im Jahre 1895 in München abzuhalten».

— Verstorben: 1) Am 7. Februar in Libau der Arzt am dortigen Gymnasium, Dr. Carl Hein, im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Libau und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1857—62 studirte. Nach Absolvirung seiner Studien war H. einige Jahre Landarzt in Niederbartau und siedelte dann nach Libau über, wo er sehr bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb und als Arzt wie als Mensch gleich verehrt, eine hochgeachtete Stellung einnahm, bis ein Krebsleiden seinem Leben ein Ziel setzte. Durch das Vertrauen seiner Mitbürger wurde er zu den verschiedensten städtischen Aemtern gewählt: er war Stadtverordneter und viele Jahre Stadtrath, Mitglied und Präses verschiedener Commissionen, Mitstifter und Director der städtischen Sparkasse, Vorsteher mehrerer Sterbecassen u. s. w. 2) Am 7. Januar in Anapa der freiprakticirende Arzt St. Bulatow an galoppirender Schwindsucht. Er prakticirte erst seit 2 Jahren. 3) Am 31. Januar in St. Petersburg der Student des letzten Cursus der milit.-med. Academie A. J. Schebeko, an schwerem Flecktyphus (complicirt mit Gangraen des linken Fusses), welchen er sich bei der Bekämpfung des Hungertyphus im Kreise Nowaja Ladoga zugezogen hatte. 4) In Strassburg der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. Albert Lücke im 64. Lebensjahre am Schlage. Der Verstorbene hatte seine medicinischen Studien in Heidelberg, Halle und Göttingen absolvirt. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1854 war er einige Zeit Assistent der chirurgischen Klinik in Halle und später bei Langenbeck in Berlin, zu dessen bevorzugten Schülern aus älterer Zeit er gehörte. Im Jahre 1865 wurde er Professor der Chirurgie in Bern, von wo er 1872 an die neubegründete Universität in Strassburg berufen wurde. Prof. Lücke ist vielfach literärisch thätig gewesen, auch auf dem Gebiete der Kriegschirurgie, da er die Feldzüge 1864, 1866 und 1870 mitgemacht hat. Er war ausserdem Mitherausgeber der Zeitschrift für Chirurgie und begründete und leitete mit Billroth gemeinsam das grosse Sammelwerk «Die deutsche Chirurgie».

— Die Nachrichten über den Gesundheitszustand Prof. Grube's in Charkow lauteten in letzter Zeit wieder recht beunruhigend. Die Nacht auf den 11. Februar hatte der Kranke fast schlaflos verbracht und viel gehustet. Am Morgen des 11. Febr. war die Körpertemperatur auf 39°, der Puls auf 118 gestiegen, dabei war grosse Schwäche und Albuminurie vorhanden gewesen. Seit der Zeit scheint aber eine Wendung zur Besserung eingetreten zu sein, da nach einem Bericht vom 13. Februar die Temperatur an diesem Tage am Morgen 36,7°, Puls 90, am Abend 37,2°, Puls 96 betrug und das Allgemeinbefinden ein befriedigendes war.

— XI. internationaler medicinischer Congress in Rom, vom 28. März bis 5. April n. St. Die Sitzungen des Congresses werden in den 5 grossen unter einander verbundenen Gebäuden der Poliklinik in Rom, welche vom Centrum der Stadt (Piazza Colonna) ca. 15 Minuten entfernt liegt, abgehalten werden.

Die Congresswoche beginnt am Mittwoch, d. 28. März. n. St mit der Eröffnung der Ausstellung für Medicin und Hygiene. Das Programm für die Congresswoche ist folgendes:

29. März, Vorm. Eröffnung des Congresses. Nachmittags: Wahl der Functionäre.

30. März, 8—3 U. — Sectionssitzungen; 4 U. — erste Plenarsitzung.

31. März, 8–3 U. — Sectionssitzungen; 4 U. — zweite Plenarsitzung.

1. April (Sonntag). Freigelassen, um zu Excursionen nach den «Castelli Romani» benutzt werden zu können.

2. April, 8—3 U. — Sectionssitzungen; 4 U. — dritte Plenarsitzung.

3. April, 8—3 U. — Sectionssitzungen: 4 U. — vierte Plenarsitzung.

4. April, 8—3 U. — Sectionssitzungen und Schluss der Arbeiten. 4 U. — fünfte Plenarsitzung. Abends: Bankette der Sectionen.

5. April, Vormittags: Schlusssitzung.

Die Eröffnung des Congresses findet im Beisein S. M. des Königs von Italien statt. Am 28. März Abends wird das Organisationscomité einen Empfangsabend in den Räumen der Ausstellung veranstalten, ausserdem werden seitens der Behörden und der Einwohnerschaft verschiedene Festlichkeiten zu Ehren der Congressmitglieder vorbereitet. Die Arbeiten in den verschiedenen Sectionen finden zu gleicher Zeit statt. In den Plenarsitzungen werden 12 Vorträge gehalten werden und zwar von Prof. R. Virchow (Berlin) über Morgagni und das anatomische Denken; Prof. Nothnagel (Wien) über die Anpassung des Organismus an pathologische Veränderungen; Prof. Kocher (Bern), Prf. Jacobi (New-York), Prf. Babes (Bukarest), Prf. Bizzozzero (Turin), Prf. Brouardel (Paris), Prf. Foster (Cambridge), Prf. Stokvis (Amsterdam), Cajal (Madrid), Laache (Christiania). Von russischen Professoren wird der Prof. der militär-medicinischen Academie Danilewski einen Vortrag «Sur le rôle biologique du phosphore dans ses combinaisons organiques» halten.

Die Einschreibegebühr (für Mitglieder 25 Frcs. = 20 Mark) kann sowohl voraus an den Schatzmeister des Congresses, Prof. Dr. L. Pagliani eingesandt, als auch bei der Ankunft in Rom im Bureau des Generalsecretärs erlegt worden. Die Reiselegitimationspapiere, welche zu den ermässigten Fahrpreisen auf den Eisenbahnen und Dampfschifffahrtslinien berechtigen, müssen vom 1. März. n. St. ab von den in den Hauptstädten fast aller Länder errichteten National-Comités (in St. Petersburg von Prof. Paschutin in der milit.-med. Academie) verlangt werden. Die vier officiellen Sprachen sind: Italienisch, Französisch, Deutsch und Englisch, welche auch in den Bureaus des Comités gesprochen werden.

— Die Choleraepidemie im Russischen Reiche hat so weit nachgelassen, dass in dem letzten officiellen Cholerabulletin nur noch 6 Gouvernements aufgeführt werden, in denen sie noch herrscht, und zwar das Gouv. Kowno mit 17 Erkrankungen und 8 Todesfällen (vom 30. Jan. bis 5. Februar), Wolhynien mit 11 Erkr. und 5 Todesfällen (vom 12.—24. Jan.) St. Petersburg mit 8 Erkrankungen (vom 23. Jan.—5. Febr. Tschernigow mit 6 Erkr. und 3 Todesf. (vom 16.—22. Jan.) Plozk mit 4 Erkr. und 2 Todesf. (v. 23.—29. Jan.) und die Stadt Warschau mit 3 Erkr. und 2 Todesf. (v. 23.—29. Jan.) In Warschau ist seit dem 30. Januar keine Neuerkrankung vorgekommen. In St. Petersburg sind die 8 Cholerakranken, welche nach unserem letzten Berichte am 5. Februar in den hiesigen städtischen Hospitälern in Behandlung verblieben, im Laufe der verflossenen Woche sämmtlich genesen. Da keine Neuerkrankungen weiter vorgekommen sind, so ist die Stadt einstweilen seuchenfrei.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Februar d. J. 6570 (89 mehr als in der Vorwoche), darunter 284 Typhus — (11 mehr), 792 Syphilis — (7 wenig.), 52 Scharlach (2 wen.), 25 Diphtherie — (1 mehr), 90 Masern — (14 mehr), 23 Pocken — (= Vorw.) und 0 Cholerakranke.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. Februar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	261	584	123	45	108	13	7	17	45	46	44	52	42	33	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 14, Scharlach 8, Diphtherie 17, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 3, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 23.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. März.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März.

Adressen von Krankenpflegerinnen

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55.17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34 кв. 13.

M. Winkler, Соляной пер д. 4, кв. 11

Довв. ценз. Спб. 19 Февраля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 8 St. Petersburg, 26. Februar (10. März) 1894

Die Cholera im Herbst 1893.

Bericht aus der Männerbaracke des Peter-Paulhospitals zu St. Petersburg.

Von

A. Högerstedt und L. v. Lingen.

(Schluss).

Nachdem wir im Obigen in kurzen Zügen das klinische Bild entworfen, sei es gestattet, mit wenigen Worten auf die Therapie einzugehen. Wenn auch im Princip der Behandlung: Desinfection des Magendarmtractus und Hebung des Kräftezustandes allgemeine Uebereinstimmung herrscht, so gehen doch die Ansichten in der Wahl der zu Gebote stehenden Mittel bedeutend auseinander. Sehen wir doch, dass fast jede klinische und Hospitals-Anstalt, wenn auch von obigem Gesichtspunkt geleitet, dieselben doch in verschiedener Weise variirt. Bei der Hochfluth der namentlich in neuerer Zeit angepriesenen Arzneimittel findet sich indessen kein zweifellos zuverlässiges, wir stehen eben mit dem Gesammtschatz unserer Arzneimittellehre diesem Dämon gegenüber bisher machtlos da. Die einzigen Mittel, welche nach unserer Erfahrung der drohenden Gefahr noch am wirksamsten entgegenzutreten allenfalls im Stande wären, sind heisse Bäder und intravenöse Infusionen.

Von den internen Mitteln wurden im Peter-Paul-Hospital das Calomel und das von Hueppe[1]) empfohlene Tribromphenol-Wismuth angewandt. Der Umstand, dass Calomel in der ersten, besonders stürmischen Periode, wo fast alle Patienten im algiden Stadium zu Grunde gingen, verabfolgt wurde, Tribromphenol-Wismuth dagegen in der zweiten Hälfte, wo die Fulminanz der Erscheinungen nachgelassen, ein grosser Theil der Kranken aber nach Ueberwindung des algiden Stadiums im typhoiden starb war, verabfolgt wurde, erschwert eine directe Parallele zwischen der Wirkungsweise dieser beiden Mittel zu ziehen. Calomel wurde gewöhnlich anfangs in einer Dosis von 0,12 zweistündlich, dann 0,06 zweistündlich gegeben, Tribromphenol-Wismuth nach Hueppes Vorschrift das erste Mal 1,0, dann zweistündlich 0,5. — Hueppe ging in dem Bestreben ein geeignetes Darmantisepticum ausfindig zu machen von dem Gesichtspunkt aus, dass dieses den sauren Magensaft unzersetzt passiren, dagegen im alkalischen Dünndarm zur Wirkung gelangen soll; zugleich dürfte dasselbe bei möglichst ausgiebiger Entfaltung im Sinne einer antibacteriellen Wirkung keine schweren Localerscheinungen oder Nierenreizung hervorrufen. Diesem Postulat entsprach nach mehrfachen Versuchen am meisten das Tribromphenol-Wismuth, das antibacterielle Eigenschaften besitzt, «einen Theil des Choleragiftes bindet und die entblösste Darmschleimhaut mit einer schützenden Decke überzieht» (Hueppe), ohne die Nieren im Geringsten zu irritiren, im Gegentheil wird von Hueppe betont, dass die Nieren bei denjenigen Cholerakranken, welche mit Tribromphenol-Wismuth behandelt worden waren, auffallend geringe Veränderungen aufwiesen.

Es ist uns nicht möglich, ein definitives Urtheil über das genannte Mittel abzugeben, allein wir können uns im Allgemeinen dahin aussprechen, dass dasselbe vor Calomel den Vorzug verdient. Tribromphenol-Wismuth scheint in der That leicht diuretisch zu wirken — eine Beobachtung, die mit der von Hueppe angegebenen Geringfügigkeit der Veränderungen von Seiten der Nieren nach Behandlung mit Tribromphenol-Wismuth im Einklang steht. Dazu kommt die brechstillende Wirkung, welche nach unseren Beobachtungen nicht zu verkennen ist. Im Uebrigen müssen Parallelversuche, auf der gleichen Phase einer Epidemie angestellt, ergänzend eintreten und Aufklärung schaffen. Von unseren 208 Patienten erhielten 67 Mann Tribromphenol-Wismuth, 137 Mann Calomel. Von der ersten Gruppe genasen 29, starben 38 (=43,2 pCt. genesen), von der zweiten genasen 68, starben 69 (=49,6 pCt. genesen).

Unter diesen Umständen lag es nahe, sich nach anderen Hilfsmitteln umzusehen, welche auf mechanischem

[1]) Hueppe: Berliner klin. Wochenschr. 1893. Nr. 7.

Wege im Stande wären, die darniederliegende Herzthätigkeit anzufachen. Als wirksamste Mittel sind die intravenösen Kochsalzinfusionen und heissen Bäder zu rechnen — zwei Factoren, denen von den meisten Klinikern verhältnissmässig noch die besten Erfolge vindicirt werden. Noch jüngst berichtete Dehio[2]) über 30 gemeinsam mit Graubner ausgeführte Infusionen an 18 Cholerakranken, von denen drei durch intravenöse Infusionen gerettet werden konnten. Was die Infusionen betrifft, so wurden 50 Infusionen an 45 Individuen ausgeführt[3]). Wir brauchen auf die Ausführung der kleinen Operation nicht näher einzugehen, da dieselbe genugsam bekannt ist. Wir injicirten nach Blosslegung und Eröffnung der Vena mediana in dieselbe ca. 1500 Cbcm. einer sterilisirten, auf 40° R. (im Irrigator) erwärmten, physiologischen Kochsalzlösung. Mit Ausnahme von vier Fällen, die im Choleratyphoid der Operation unterworfen wurden, wurden die übrigen Infusionen an Patienten ausgeführt, die das ausgesprochene Bild des algiden Stadiums oder den Beginn desselben darboten: Cyanose des Gesichtes und der Extremitäten, Kälte der Hautdecken, verfallenes Aussehen, absolute Pulslosigkeit (36 mal) oder ein kaum fühlbarer, fadenförmiger Puls (14 mal). Der Effect ist, wie bekannt, oftmals ein überraschender, doch leider gewöhnlich ein vorübergehender. In der Mehrzahl der Fälle (27 mal) schwand die Cyanose, die Pulswelle hob sich, der Puls wurde langsamer, der Kranke athmete erleichtert auf, es trat in Folge der angeregten Blutcirculation ein angenehmes Wärmegefühl ein. In 23 Fällen wurde dieser günstige Einfluss vermisst, der Puls hob sich nur unbedeutend, blieb frequent, und die Cyanose nahm nicht ab. Doch hält leider auch in den Fällen, bei denen im Moment die Situation eine Wendung zum Guten zu nehmen verspricht, die wohlthätige Wirkung bekanntlich nicht lange an: nach einigen Stunden bietet Pat. wieder das frühere Bild dar. Immerhin half 10 Patienten die Infusion über das algide Stadium hinweg, ohne dieselben vor dem so gefürchteten Typhoid schützen zu können, dem sie auch zum Opfer fielen. 28 Individuen starben trotz Anwendung der Infusion im algiden Stadium. Dagegen glauben wir berechtigterweise annehmen zu dürfen, dass sieben Patienten der intravenösen Infusion ihre Rettung verdanken. An einem von diesen Patienten wurde zwei Mal die Infusion (jedesmal zu 1500 Cbcm.) ausgeführt, da wenige Stunden nach der ersten Infusion die bedrohlichen Symptome wieder vollauf entwickelt waren.

Wenn unter 45 mit Infusion behandelten Individuen nur 7 genasen, also 15,5 pCt., so muss man sich damit zufrieden geben, eine, wenn auch geringe Anzahl von Opfern dem sicheren Tode entrissen zu haben. Hueppe[4]) meint, es gelinge bei consequenter Durchführung der intravenösen Infusionen etwa 5 pCt. der schweren Cholerakranken zu retten. In den Fällen, wo man das Leben nicht hat retten können, kann man sich dem tröstlichen Bewusstsein hingeben, die Qualen der Patienten auf Stunden erleichtert zu haben. Von diesem Gesichtspunkt geleitet, haben wir gerade in den verzweifeltsten Fällen, welchen wir machtlos gegenüberstanden, zu den Infusionen, als dem letzten Hilfsmittel, gegriffen.

Die Wirkung der Infusionen ist, wie bekannt, in der Belebung der Herzthätigkeit, sowie überhaupt des Blutkreislaufes, zu suchen, es ist ein Adjuvans, mit dem man Patienten über die Gefahr des algiden Stadiums hinüberzuhelfen strebt. Hat das Choleratoxin seine deletäre Wirkung einmal entfaltet und sind die Zellen lebenswichtiger Organe in ihrer Vitalität geschädigt, so hat die Infusion ihren Zweck verfehlt. Nur, «wo die Intoxication des Organismus nicht hochgradig genug ist. um an sich das Leben zu vernichten und wo es noch nicht zu einer irreparabeln Herzschwäche gekommen ist, da kann die Infusion lebensrettend wirken». (Dehio).

Die wenig ermuthigenden Resultate, welche wir am Anfang der Epidemie mit den Hypodermoklysen, welche allerdings nur in geringer Zahl (an drei Patienten sechs Hypodermoklysen), ausgeführt wurden, erzielten, bewogen uns dieselben bald zu verlassen. Die erhebliche Schmerzhaftigkeit und ungenügende Resorptionsfähigkeit der infundirten Flüssigkeit von Seiten des träge circulirenden Blut- und Lymphsystems sind Uebelstände, welche bei der intravenösen Infusion wegfallen.

Ebensowenig konnten wir uns von der günstigen Wirkung der Enteroclysen nach Cantani überzeugen. Immerhin wurden dieselben 66 Mal an 56 Individuen (genesen 26, gestorben 30) angewandt.

Einen zweiten wesentlichen Factor in der Behandlung bildete die wiederholte Verabfolgung von heissen Bädern (32—35° R.), welche den Patienten wesentliche Erleichterung schafften und auch objectiv durch Anregung der Circulationsverhältnisse den Allgemeinzustand oftmals zu heben im Stande waren. Die meisten Patienten im algiden Stadium wurden alle zwei Stunden in die Wanne gesetzt und dieses Regime Tag und Nacht fortgesetzt. Analog der Wirkung der intravenösen Infusionen ist der thermische Hautreiz durch die heissen Bäder auf Herz und Vasomotoren für den Augenblick ein frappanter: pulslose, fast leblose Individuen verlassen die Wanne mit gutem Puls und besserem Aussehen. Doch auch hier kann die symptomatische Behandlung nur da von Nutzen sein, wo die Widerstandsfähigkeit des Organismus nicht völlig durch den Einfluss des Choleragiftes aufgehoben ist, wo immer Hoffnung besteht, durch Anwendung äusserer Reize die gefährliche Klippe der acuten Herzlähmung zu umgehen. Es wurden im Ganzen 1306 Bäder verabfolgt: 97 Genesene erhielten 454 Wannen (pro Kopf = 4,6), 111 Gestorbene 852 Bäder (pro Kopf = 7,7).

Es braucht kaum hinzugefügt zu werden, dass von den gebräuchlichen Analepticis ausgiebiger Gebrauch gemacht wurde.

Als Getränk diente Thee, Kaffee mit Cognac und Bouillon; dasselbe wurde stets in kleinen Rationen verabfolgt und sind wir durchaus nicht der Meinung, dass Zufuhr von Flüssigkeit in kleinen Gaben den Brechreiz vermehrt, durch völlige Entziehung derselben fügt man zu den ohnehin unerträglichen Qualen noch die Tantalusqualen des Durstes hinzu.

Es erübrigt noch einige Worte über die Behandlung des Choleratyphoids hinzuzufügen. Wenn wir oben die diuretische Wirkung des Tribromphenol-Wismuth's erwähnten, so bezieht sich dieses auf unsere Beobachtung, dass bei Anwendung des genannten Mittels die Diurese frühzeitiger in Gang zu kommen scheint, als beim Gebrauch von Calomel.

Dagegen ist Tribromphenol-Wismuth absolut nicht im Stande das Auftreten eines Choleratyphoids zu coupiren oder den Ausgang desselben in irgend einer Weise günstig zu beeinflussen. Von 67 mit Tribromphenol-Wismuth behandelten Patienten gingen 22 in's typhoide Stadium über, von denen 16 starben. Ebenso liessen uns die gebräuchlichen Diuretica im Stich. Intravenöse Infusionen verfehlen in diesem Stadium ihren Zweck vollkommen. Die diluirende Wirkung der eingeführten Flüssigkeitsmenge auf das im Körper circulirende Gift ist von keinem Belang und die Hoffnung, dass die Kochsalzlösung im Sinne einer Durchspülung auf die Nierenthätigkeit anregend wirken könnte, hat sich nicht erfüllt. Die Anwendung heisser Bäder bildet den einzigen Factor der im Uebrigen ohnmächtigen Therapie.

[2]) Petersb. Medic. Wochenschr. 1893. Nr. 48.
[3]) Hierbei sind vier Infusionen mitgezählt, welche wir an vier Frauen ausführten. (Im Ganzen kamen 20 Frauen zum Schluss der Epidemie in unsere Behandlung). Von vier mit Infusionen behandelten Frauen sind drei gestorben, eine genesen.
[4]) Hueppe, l. c.

Referate.

Sahli: Ueber ein nützliches physicalisches Heilmittel. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte, 1893, № 21).

Nachdem Prof. Bältz in Tokio dem letzten Congress für innere Medicin in Wiesbaden eine japanische Vorrichtung zur äusserlichen Wärmeapplication für medicinische Zwecke demonstrirt und warm empfohlen hatte, wandte Prof. Sahli in Bern sie unausgesetzt in der Klinik und Privatpraxis mit sehr gutem Erfolge an. Der Apparat besteht aus einer 12 Cm. langen, 7 Cm. breiten und 2,5—3 Cm. dicken, leicht auf die Fläche gekrümmten Büchse aus Kupferblech, welche, an den Breitseiten fein durchlöchert, mit Stoff überzogen ist und sich auf der schmalen Seite durch einen schieberförmigen Deckel öffnen und schliessen lässt. Zum Gebrauch wird eine aus der feinpulverigen Kohle einer Solanee dargestellte Patrone, deren Hülle aus japanischem Papier besteht und die wie eine grosse Cigarette aussieht, angezündet in die Blechdose gelegt. Die Patrone glimmt langsam weiter und erwärmt die Dose, welche eingewickelt in ein Stück Zeug auf dem kranken Körpertheil fixirt wird und während 3—6 Stunden eine gleichmässige und sehr intensive Wärmewirkung (gewöhnlich zwischen 40 und 50°C.) auf die Haut ausübt. Da mit diesem «japanischen Oefeli» auch zwischengeschobene feuchte Compressen constant erwärmt werden können, so ist es klar, dass man mit ihm sowohl die Wirkungen der zu schweren Wärmflaschen und erhitzten Ziegelsteine, als die der immerhin zu schnell abkühlenden hydropathischen Umschläge und Kataplasmen zu corrigiren im Stande ist. «Ich kenne», sagt Verf., «bis zur Stunde noch kein Mittel, um in einfacher Weise, ohne Belästigung des Pat., lange Zeit gleichmässig und intensiv Wärme auf die Haut einwirken zu lassen, als die japanische Wärmdose und ich habe desshalb die Ueberzeugung, dass ihre Einführung in die Therapie einen ebenso grossen Fortschritt bedeutet, wie die Anwendung der Eisblase und einen weit grösseren als die Einführung mancher neuer sogenannter Arzneimittel, mit welchen chemische Fabriken die leidende Menschheit sich zum Nutzen und der letzteren zum grossen Nachtheil überschwemmen». Betreffs des Technischen bei Application der Wärmdose, welche weder Rauch noch Geruch giebt, wäre zu beachten, dass sie nicht zu dicht in Flanell oder ein Taschentuch eingewickelt und dann mit Binden oder dergl. befestigt werden muss und, bei Anwendung feuchter Wärme, zwischen Dose und Compresse ein impermeabler Stoff gelegt wird. Die Krankheitsfälle, in welchen sich die Behandlung mittelst der japanischen Wärmedose gut bewährt hat, sind: alle möglichen schmerzhaften Affectionen des Abdomens, insbesondere diejenigen peritonitischen Affectionen (chron. tubercul. Peritonitiden und alte Perityphlitiden) bei welchen Kälteapplication nicht indicirt ist, ferner pleuritische Schmerzen und ganz besonders die Schmerzen bei Cholelithiasis.

Refer. hat die hiesige Verbandstoff-Firma J. Martens (Gorochowaja № 9) veranlasst, den Apparat nebst Patronen anzuschaffen und dürfte sich der Preis in der Folge sehr niedrig stellen.

H. Fremmert.

Veil: Zufällige Vergiftung mittelst 12 Milligramm von crystallisirtem Aconitin; Genesung. (La France médicale № 39, 1893).

Ein Apotheker verschluckte aus Versehen in einer Oblate 12 Milligramm crystallis. Aconitin. Das Gift wurde um 11½ Uhr Morgens genommen; der Irrthum wurde entdeckt bevor Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren. Der Pat. nahm bis zur Ankunft des Arztes 1,50 Grm. Ipecac. 0,08 Gr. Tart. emetic. und 2 Clystiere. Es trat scharfes Erbrechen ein; Pat. gab an starkes Brennen in der Kehle, Gefühl von Vertaubung im Gesicht, an den Lippen, in den Gliedern: der Kopf erschien wie in einen Schraubstock gepresst. Um 12 Uhr 10 M. erschien der Arzt. Pat. war bei Besinnung, kleiner schwer zählbarer Puls, Herzschlag schwach und rasch, Resp. kurz, unregelmässig, die Extremitäten kalt, der Körper bedeckt mit klebrigem Schweiss. Es wurde der Körper gerieben, mit Krügen voll heissen Wassers umgeben, und 1 Gramm Coffein mit 3 Gramm Aeth. sulf. subcutan injicirt. Es trat eine merkliche Besserung ein. Um 2 Uhr war der Zustand des Pat. sehr schlecht; die Pupillen so weit, dass Pat. keinen im Zimmer erkennen konnte, nach Aussage des Pat. drehte sich Alles im Zimmer um ihn herum mit einer fabelhaften Geschwindigkeit: die Haut war kalt, der Puls vollkommen unfühlbar am Handgelenk, die Respiration schwierig, kurz, gehindert; schreckliche Krämpfe in den Waden und im rechten Bein, starrer Blick, krampfhafte Zuckungen im Unterkiefer: auffallend ist, dass Pat. während der ganzen Zeit bei Besinnung und sich seines Zustandes bewusst war. Puls weniger als 36 Schläge in der Minute, dabei Erbrechen. Nach Injection von 1 Grm. Coffein und 2 Grm. Aeth. sulf., fühlte Pat. sich wohler; die Besserung hielt an, nachdem während des Abends noch je 0,50 Grm. Coffein 4 Mal injicirt worden waren.

Um 9 Uhr Abends trat die Reconvalescenz ein, während der Nacht schwand das Erbrechen; während der folgenden 2—3 Tage waren noch Symptome einer starken Erschöpfung vorhanden und erst nach ca. 1 Woche war Pat. vollkommen hergestellt.

Verf. betont hauptsächlich die gute Wirkung des subcutan angewandten Coffein in grosser Dosis. Grimm.

R. Warholm: Essig gegen das Erbrechen nach Chloroformnarcose. (Hygiea 1893 Okt.).

Eine Patientin, die nach dem Erwachen aus der Narcose an heftigen Uebligkeiten litt, bat um Essig zum Riechen, da ihr das sonst geholfen. Es half ihr auch dieses Mal. Seitdem hat Verf. das Mittel bei 30 Patienten angewandt. Er lässt ein mit Essig getränktes Tuch schon vor dem Erwachen des Patienten in der Nähe seines Gesichtes liegen. Nur in zwei Fällen hat es ihn im Stich gelassen. Buch (Willmanstrand).

Salvioli: Influence de la fatigue sur la digestion stomacale. (Arch. ital. de Biologie XVII, II.) Bl. f. klin. Hydrotherapie 1893 Nr. 5).

Salvioli untersuchte den Einfluss angestrengter Muskelthätigkeit auf die Magensaftsecretion an Fistelhunden. Die seit 24 Stunden nüchternen Thiere wurden durch Verschlucken unverdaulicher Gegenstände, durch Einführung hydrophiler Watte, durch Kitzeln mit einem in die Fistel eingeführten Glasstabe zur Secretion angeregt. Nach mehrstündiger Arbeit war sowohl die absolute Menge des gewinnbaren Magensaftes, als auch sein Gehalt an festen Stoffen und an Salzsäure erheblich vermindert. Entsprechend war die Verdauungskraft herabgesetzt: Wenn man in Tüllsäckchen eingenähte Albumincylinder durch die Fistel in den Magen brachte, wurden sie von ruhenden Hunden in drei Stunden ganz, von arbeitenden kaum zur Hälfte gelöst, entsprechende Resultate ergab die künstliche Verdauung im Brutofen mit dem aus der Fistel gewonnenen Magensafte. Schon kurze Zeit nach der Anstrengung wird wieder normaler Magensaft secernirt. Im Gegensatz zur Hemmung der Absonderung erscheint die Bewegung des Magens während der Arbeit gesteigert. Eingeführte Milch, respective gekochtes Albumin, wird schneller als normal in den Dünndarm befördert.

Die Versuche Salvioli's beweisen ebenso wie einige ältere Untersuchungen, eine Störung der Magenverdauung durch die während derselben ausgeführte Arbeit. (Die Frage muss als noch unentschieden angesehen werden, denn wenn auch Cohn — D. Arch. f. klin. med. Bd. 43 — zum selben Resultat gekommen wie Salvioli, so hat doch Siegfr. Rasenberg-Pflügers Arch. Bd. 52 — am Hunde gefunden, dass die Ausnützung der Nahrung ganz unabhängig davon ist, ob das Thier sich während der Verdauung in Ruhe befindet oder eine sehr energische Arbeit leistet. Wie übrigens das physiologische Verhalten auch sein mag, so viel hat die Erfahrung mit Sicherheit festgestellt, dass so gut wie alle anämischnervösen Patienten sich besser befinden, wenn sie nach dem Essen Ruhe halten. Ref.) Buch (Willmanstrand).

NobleSmith: Die mechanische Behandlung der Phthise. (Vortrag gehalten auf der 61. Jahresversammlung der British Medical Association 1893.)

Da es bis jetzt noch nicht gelungen ist die Tuberkelbacillen im menschlichen Organismus zu tödten, besteht die Therapie der Phthise im Wesentlichen darin die Vitalität des Organismus zu erhöhen. Ausser klimatischen, diätetischen, medicinalen und hygienischen Massregeln ist es von grosser Wichtigkeit die vitale Capacität der Lungen zu steigern. Die Lungenspitzen sind hauptsächlich deswegen der Ort von dem die Lungentuberculose ihren Anfang nimmt, weil diese Theile weniger dazu angethan sind, genügend Luft in sich aufzunehmen. Nach Silvester verursacht das Gewicht der Arme bei schwachen Individuen eine Depression der oberen Rippen wodurch eine entsprechende Versorgung der Lungenspitzen mit Luft behindert wird. Bei der grossen Neigung vieler Menschen eine gebückte Stellung einzunehmen wird der Thorax noch mehr comprimirt. Silvester empfahl einen Lehnstuhl, dessen Lehne so hoch ist, dass die oberen Extremitäten des Kranken bequem aufruhen können, ferner empfahl er Athemübungen und Gymnastik bei erhobenen Armen. Bei beginnender Phthise sind die Pat. häufig schon so geschwächt, dass sie sich diesen gymnastischen Uebungen nicht unterziehen können. Verf. empfiehlt eine Bandage, die aus weichen Schulterbändern besteht, welche die Schultern nach rückwärts nach einem zwischen den Scapulae befindlichen Polster ziehen. Letzteres wird durch einen Stahlstab gestützt, der längs des Rückens zu einem Becken-



polster herabläuft. Dieses befindet sich im Niveau, in welchem der Pat. sitzt. Damit sich aber beim Sitzen der Rücken nicht vorbaucht ist in der Mitte desselben noch ein Polster angebracht. Ein Vorfallen des Abdomens beim Stehen wird durch einen Gürtel eingeschränkt. Verf. hat mit seiner Bandage in Combination mit den übrigen Behandlungsmethoden gute Erfolge erzielt und führt als Beispiel 2 Krankengeschichten an. Der Apparat soll von den Kranken als grosse Stütze und Hülfe empfunden werden, da er die Bewegungen gar nicht behindert. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden. Mit 134 Abbildungen im Text und 18 Photogrammen. Zweite umgearbeitete und stark erweiterte Auflage. 1892. Verlag von Georg Thieme. Leipzig.

Die im Jahre 1889 erschienene erste Auflage dieses Werkes hat seinerzeit nicht nur einem Bedürfniss in zahnärztlichen Kreisen Rechnung getragen, sondern auch die bakteriologische Litteratur um einen sofort allseitig anerkannten sehr werthvollen Beitrag bereichert. Gleichzeitig hat sie anregend und befruchtend gewirkt. Während Verf. in der ersten Auflage sich ausschliesslich auf seine eigenen Untersuchungen stützen musste, was das zahnärztlich-bakteriologische Material anbetrifft, so hat er bei der zweiten Auflage bereits auf seine Anregung hin entstandene Arbeiten anderer Forscher benutzen können.

Fast in allen Kapiteln hat das Werk Erweiterungen und Umarbeitungen erfahren, von denen wir nur einige besonders hervorheben wollen. Die Frage der Asepsis und Antisepsis in der Zahnheilkunde ist in einer Weise behandelt, welche nicht nur dem Praktiker die erforderliche wissenschaftliche Grundlage für ein zweckbewusstes Handeln bietet, sondern auch in ganz bedeutendem Maasse das Interesse der Chirurgen und Hygieniker beansprucht. Ferner sind alle Abschnitte, welche den Zusammenhang gewisser allgemeiner Erkrankungen mit den im Munde sich ansiedelnden pathogenen Bakterien sowie die durch Zahnerkrankungen entstehenden Eingangspforten für derartige Bakterien zum Gegenstande haben, mit grosser Sorgfalt und Ausführlichkeit durchgearbeitet.

Als etwas ganz Neues treffen wir die statistische Zusammenstellung von Fällen, in welchen schwere Complicationen bei kranken Zähnen oder nach Operation an solchen auftraten (unter Anderem Uebertragung von Syphilis vom Munde aus, bei zahnärztlichen Operationen).

Abgesehen von der speciellen Bedeutung des Werkes für die Zahnärzte, kann dasselbe Jedem auf das Wärmste empfohlen werden, der sich für die modernen Errungenschaften auf dem Gebiete der Krankheitsursachen interessirt. In bakteriologischen Laboratorien und Zahnkliniken hat es schon in seiner ersten Auflage Bürgerrecht gewonnen und darf mit Sicherheit auch in der neuen Auflage auf einen bereitwilligen Empfang rechnen. Der Preis (12 M.) ist bei der tadellosen Ausstattung und dem grossen Umfange gering zu nennen.

Wladimiroff.

Anton Bum: Therapeutisches Lexicon für praktische Aerzte. Mit 697 Illustrationen in Holzschnitt. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893. Preis 27 Mark.

Es ist bereits beim Erscheinen der ersten Auflage diesem vortrefflichen Werke in unserer Wochenschrift volle Anerkennung gezollt worden; wir können uns desshalb hier kurz fassen. Schon das Erscheinen der zweiten Auflage in so kurzer Frist spricht dafür, dass das Werk vollkommen den praktischen Bedürfnissen entspricht. Den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend bringt die neue Ausgabe an vielen Stellen Ergänzungen und Umarbeitungen einzelner Capitel; die Abbildungen sind wesentlich vermehrt; die Ausstattung lässt Nichts zu wünschen übrig. Abelmann.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. November 1893.

1. Dr. Bergmann referirt nachfolgenden Fall von Darmocclusion. 50-jähriger kräftiger Arbeiter erkrankte um 6 Uhr Morgens den 20. October 1893, plötzlich unter heftigen Leibschmerzen, ohne dass ein Unwohlsein vorhergegangen. Seitdem sind weder Stuhl noch Winde abgegangen. Die Schmerzen haben sich rasch zu unerträglicher Stärke gesteigert. Erbrechen ist nicht gewesen. Gegen 1 Uhr Mittags rec. im Krankenhause. Der Kranke windet sich unter Schmerzen, das blasse Gesicht trägt den Ausdruck schwerster Qual, P. langsam 60, Resp. wegen ununterbrochenen Schreiens und Jammerns nicht zu zählen. Abdomen oberhalb des Nabels mässig aufgetrieben, eine geblähte Schlinge nicht zu palpiren hell tympanitischer Perc.schall. Unterhalb des Nabels ist der Perc. schall. entschieden matter, der Leib ist hier nicht aufgetrieben, jedoch druckempfindlich, namentlich nach rechts hinüber. Dämpfung in den abhängigen Partien nicht vorhanden. Per rectum fühlt man einen Strang ins kleine Becken hinabziehen, der als eine gefüllte Darmschlinge eventuell ein pathol. vergrösserter gefüllter proc. vermif. imponirt. Bei der Digitaluntersuchung blutet die Darmschleimhaut, ebenso bei Einführung des Darmrohres, welches hoch hinauf geführt werden kann, ohne einen Widerstand zu finden. Die Darmspülung lässt das Wasser blutig gefärbt wieder zurückkommen ohne Fäcalbeimischung -- ohne Winde.

Da Perforationsperitonitis ausgeschlossen werden konnte wegen Fehlens freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, der Auftreibung, der Pulsbeschaffenheit, so war Occlusion die nächstliegende Annahme — hoch konnte dieselbe nicht sitzen, da Pat. nicht erbrochen hatte, eine den Dickdarm betreffende Occlusion spec. Flexur musste ausgeschlossen werden, da keine meteoristisch aufgeblähte Dickdarmpartie nachzuweisen war, somit war es am wahrscheinlichsten, dass der unterste Dünndarmabschnitt Sitz der Occlusion war. Das Stürmische der Erscheinungen, das Fehlen einer einschlägigen Anamnese liess eine Obturation des Dünndarmlumens etwa durch einen Gallenstein über der Valv. Bauhini sehr unwahrscheinlich erscheinen, somit blieb als wahrscheinlichste Annahme bestehen: Occlusion des Darmes durch einen Strang oder Abschnürung.

Pat. willigte in eine Untersuchung in Narkose, mit sofortiger Operation erst gegen 2 Uhr. In tiefer Narkose — aber erst in solcher, liess sich rechts im Hypogastrium ein etwa Kinderfaustgrosser Tumor palpiren, der der Diagnose einen festeren Stützpunkt gab.

Laparotomie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle stürzte etwa 1 Liter seröser blutig tingirter Flüssigkeit vor, und präsentirt sich darauf eine Partie völlig collabirten Dünndarms, welche entwickelt wird, worauf geblähter blaurothgefärbter sugillirter Dünndarm zu Tage tritt: derselbe muss mit dem längsten Theil seiner Schlinge aus dem kleinen Becken entwickelt werden. Beide Dünndarmpartien sind um ihre Axe um einander geschlagen, und lassen sich leicht von einander lösen, am Fusspunkt der geblähten Schlinge zeigt sich eine feste knotenartige Abschnürung, welche erst gelöst werden kann, nachdem ein scharfer Rand im Mesenterium, der als Contour eines Mesenterialschlitzes imponirt, discidirt wurde; nun liess sich der unterste Theil des Ileum plus Coecum, welche die Abschnürung besorgt hatten zurückbringen und der Darm war frei. Ein per rectum eingeführtes Rohr entleert nur Gase, dennoch collabirte der Darm dadurch, so dass er leicht zurückgebracht werden konnte, worauf der Leib durch die Naht geschlossen wurde.

Am selben Tage gingen reichlich Winde ab. In der nächsten Nacht und am folgenden Tage erfolgten mehrfache, blutig gefärbte, flüssige Stühle. Der Leib blieb weich, nicht aufgetrieben, allein der Pat. wurde immer schwächer und 36 Stunden p. Operat. war Pat. tot.

Section ergab: glattes spiegelndes Peritoneum, die einzelnen Dünndarmschlingen mehrfach durch leichte Adhäsionen verklebt.

Verschorfung und blutige Imbibition der Ileumschleimhaut vor der Ileocoecalklappe aufwärts im Bereich von c. 4 Fuss.

Der Fall ist lehrreich, indem er zeigt, dass nur tiefe Narkose die Diagnose klärt, indem er aber auch anderseits lehrt, wie tief bereits nach 8 Stunden die Veränderungen des Darms derartige sein können, dass Pat. denselben erliegt, trotzdem der Darm wieder wegsam geworden und eine Peritonitis nicht eingetreten war. (Autorreferat.)

Dr. P. Klemm. Jeder casuistische Beitrag zu diesem schwierigen Gebiete der Chirurgie muss mit Dank begrüsst werden. Ein besonderes Verdienst die palpatorische Diagnostik bei Darmocclusion begründet und gefördert zu haben, komme der Dorpater Schule unter Prof. v. Wahl zu. Letzterer habe eine Reihe von Operationen ausgeführt, wo er auf Grundlage seiner Methode zu einer frühzeitigen richtigen Diagnose gelangt war. Die grossen Schwierigkeiten, welche sich der Palpation des Abdomens entgegenstellen, lassen sich oft durch eine tiefe Narkose überwinden. Trotz richtig gestellter Diagnose und glücklich ausgeführter Operation ist der Verlauf doch häufig ein ungünstiger. Die Ursache ist in dem Umstande zu suchen, dass durch die stagnirenden Kothmassen ein deletärer Druck auf die Darmschleimhaut ausgeübt wird, wodurch dieselbe zur Nekrose gebracht wird. Dadurch können Infec-

tionsträger das Peritoneum inficiren. Dieser schädliche Factor lässt sich beim Dickdarm bisweilen durch Darmspülung eliminiren, beim Dünndarm jedoch nicht.

Dr. Bergmann bestätigt nach seinen Erfahrungen diese Ausführungen Dr. Klemm's, und weist noch, in Ergänzung derselben auf die incarcerirten Hernien hin, welche prognostisch sehr verschieden zu beurtheilen sind, je nachdem sie Dünndarm oder Dickdarm zum Inhalt haben. Jedenfalls wäre bei Berücksichtigung der von Dr. Klemm angeführten Thatsachen in solchen Fällen der Versuch mit einem milden Laxans statt der üblichen Opiumtherapie rationell.

2. Dr. Otto Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über «Dentitio difficilis». In demselben bekennt sich K. als Anhänger Kassovitz', indem er sämmtliche von einzelnen Autoren dem Zahnacte zugeschriebenen Beschwerden, als von diesem Acte unabhängig hinstellt. Ein Theil der dem Zahnact zugeschriebenen Symptome als z. B. erhöhte Salivation, Temperatursteigerung, Schmerz im Gaumen etc. beruhe auf falscher nicht genügend exacter Beobachtung. Wo eine solche angestellt, habe dieselbe kein positives Resultat ergeben. Ein anderer Theil von dem Zahnact zugeschriebenen Erscheinungen sind als Symptome anderer Erkrankungen zu betrachten, wie z. B. Rachitis, und haben mit dem Zahnact an sich, nichts zu thun. Es ist daher die Pflicht des Arztes durch eine sorgfältige Untersuchung die zu Grunde liegende Krankheit zu entdecken, nicht aber einfach gleich das Zahnen zu beschuldigen.

Dr. Mey bekennt sich auf Grundlage eingehender Literaturstudien und Erfahrungen welche er in pädiatrischen Vorlesungen, namentlich bei Wiederhofer und Monti in Wien gesammelt, zu den vom Vortragenden entwickelten Anschauungen. Gegen die Annahme, dass durch den Zahnact Fieber hervorgerufen werde, sprechen die Untersuchungen von Eschrich und David, welche auch von Dörenbürger bestätigt worden sind, wonach im zahnlosen Munde des Kindes pathol. Organismen nur in geringer Zahl vorkommen, und diese sich erst in späterer Zeit, bei Vorhandensein von Zähnen, in reichlichem Maasse nachweisen lassen. Daher beobachte man bei Kindern vor der Zahnperiode auch keine auf Infection beruhende Erkrankungen, wie Stomacace, Angina follicularis etc. Wiederhofer und Monti beziehen die geringe Widerstandskraft des zahnenden Kindes nicht auf den Zahnact als solchen, sondern auf die gleichartig vor sich gehende Entwickelung anderer Organe und Gebilde des Körpers.

Dr. Deubner leugnet ebenfalls das Vorhandensein einer Dentitio difficilis als für sich bestehende Krankheit. Wo dieselbe zu beobachten, sei sie immer auf andere Erkrankungen des Organismus, ganz besonders häufig auf Rachitis zurückzuführen. Nie ist der Zahnact an sich Ursache einer Pneumonie, eines Ausschlages etc. Das Vorhandensein eines Schmerzes beim Zahnen glaubt er nach seinen Beobachtungen im Gegensatz zu Klemm doch betonen zu müssen.

Dr. Ed. Schwarz ist der Ansicht, dass ein grosser Theil der nervösen Sympt. und der Ausschläge sich auf Lues zurückführen lasse.

Dr. Bernsdorff hält den Vortrag Klemms für durchaus dankenswerth zur Bekämpfung der Vorurtheile, welche ihm noch immer häufig bei Ausübung seiner Praxis der frühzeitigen Therapie hindernd in den Weg treten. Die Collegen müssen sich bemühen, durch Belehrung und vor allem durch eine gewissenhafte Differentialdiagnose diesem Vorurtheil zu begegnen. Lässt sich im Augenblick keine bestimmte Diagnose stellen, so muss dieser Umstand den Angehörigen eingestanden werden, nicht aber darf dann ohne Weiteres das Zahnen als Ursache der Erkrankung herangezogen werden. Eine Zusammenstellung der Kindersterblichkeit nach Tobien für die Jahre 81—85 und 86—90 ergeben ein übereinstimmendes Resultat mit Kassovitz, dass nämlich die Sterblichkeit von Quartal zu Quartal geringer wird.

Dr. Hach hat, da er keine neuen Häuser mehr in Behandlung nehme, wenig Erfahrung auf diesem Gebiete, erinnert sich aber nicht je Dentitio difficilis beobachtet zu haben. Es dürfte mit diesem Kapitel sich ebenso verhalten, wie mit dem Milchfieber, welches sich bei genauerer Untersuchung in den meisten Fällen als durch andere Erkrankungen bedingt erwiesen. Dass das Zahnen Schmerzen verursacht, scheine ihm ziemlich fraglos zu sein, da selbst Erwachsene beim Durchbruch der Weisheitszähne oft über Schmerzen im Gaumen klagen. Er würde gerne die Ansicht Dr. Hampelns über diese ganze Frage hören.

Dr. Hampeln sieht sich hierdurch veranlasst seine Ansicht dahin zu äussern, dass nach seinen Erfahrungen Kassovitz entschieden mit seiner Negation zu weit gehe. Wirkliche Krankheiten verursache das Zahnen gewiss nicht, wohl aber leichtere, wie: allgemeine Verstimmung, Unbehagen und namentlich leichte Diarrhöe. Letztere ist hier nicht als Darmkatarrh, sondern als eine nervöse Affection aufzufassen, wie man sie z. B. bei Hysterischen nicht selten antreffe. Wenn eine sorgfältig ausgeführte Untersuchung keine anderen ätiologischen Momente für die bezeichneten Erscheinungen ausfindig machen lässt, sehe er keinen Grund ein, ein Causalitätsverhältniss mit dem Zahnact in Abrede zu stellen. Während seiner 20-jährigen Praxis habe er anderseits nie Gelegenheit gehabt bei Conferenzen mit den Collegen die Beobachtung zu machen, dass von ihnen dem Zahnacte als ätiologisches Moment ein zu weites Feld eingeräumt werde.

Dr. Zwingmann äussert seine Ansicht dahin, dass die von Laien und auch Aerzten auf den Zahnact zurückgeführten Erkrankungen der Conjunctiva und Cornea meist constitutionelle seien.

Dr. Hehn bemerkt, dass der kindliche Organismus zur Zeit des Zahnens sich entschieden in einem labileren Gleichgewicht befindet, wofür sich ja auch Analogien zur Zeit der Pubertät und des Klimakteriums finden, und daher auf einwirkende Schädlichkeiten eher reagirt. Das reichliche Vorhandensein von Bakterien in der Mundhöhle in den späteren Perioden, lässt sich in ungezwungenster Weise wohl durch die dieser Zeit zukommende Ernährung erklären. Auch ihm will es scheinen, als ob Dr. Klemm mit seinem Vortrage eine Lanze gegen einen unsichtbaren Feind gebrochen habe.

Dr. O. Klemm entgegnet, dass es gerade in Riga gemachte Erfahrungen bei Aerzten und Laien sind, die ihn veranlasst haben, den Vortrag zu halten. Der von Dr. Hampeln als nervös bezeichnete Durchfall sei gerade ein Symptom der Rachitis. Die von Dr. Mey referirte Evolutionstheorie Wiederhofers und Montis halte er für unlogisch. Dr. Deubner und Hach gegenüber muss er seinen Standpunkt, dass das Zahnen keine Schmerzen verursache, aufrechterhalten, da dieser Vorgang mit grosser Allmählichkeit sich von der Geburt an vollziehe.

D. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 5. Mai 1893.

1. Herr v. Zoege hält einen Vortrag über einen Fall von Schussverletzung des Gehirns (wird publicirt werden).

2. Herr Dehio spricht «Ueber die Cathartinsäure. — (Der Vortrag ist in der St. Petersb. medicinischen Wochenschrift publicirt).

Herr Krüger spricht sich befriedigt über die Wirkung der Cathartinsäure aus, welche durchschnittlich in 3—6 Stunden, selbst in einem Fall im Wochenbett, ohne Koliken zu erfolgen pflegt.

Herr Otto hat bei einem 5-jährigen Kinde mit 0,03 nach 8 Stunden Stuhl erzielt ohne jede Störung, ferner bei einer 82-jährigen Dame, die an chronischer Obstipation leidet, wo früher mit Aloe, Coloquinthen nichts erreicht worden war: mit 0,1 wurde in diesem Falle noch kein Stuhl erzielt.

Sitzung am 19. Mai 1893.

Herr Krüger hält seinen angekündigten Vortrag: 2 Fälle von Nieren-Carcinom bei Kindern.

Das Nieren-Carcinom bei Kindern ist eine verhältnissmässig seltene Erkrankung. Daher hält Vortragender es für nothwendig, jeden einzelnen Fall zu allgemeiner Kenntniss zu bringen, um auf diese Weise wenigstens einen statistischen Beitrag zu liefern. Nach Monti, Gerhard und Ebstein trifft man diese Erkrankung bei Kindern am häufigsten zwischen dem 1—4. Lebensjahre an und zwar häufiger bei Knaben als bei Mädchen. In der Regel ist der Nierenkrebs primär entstanden; über die Entstehungsursache ist nichts Genaues bekannt; im Allgemeinen wird angenommen, dass mechanische Insulte von Einfluss seien.

Vortragender hat Gelegenheit gehabt, im Laufe der letzten 5 Jahre 2 Fälle von Nieren-Carcinom bei Kindern zu beobachten. In beiden Fällen handelt es sich um Knaben, in dem einem Fall war der Tumor rechts, im andern links.

Fall I. Knabe, $2^1/_2$ a. n. Die Mutter will vor etwa 2—3 Monaten die Entstehung eines Tumors in der Bauchhöhle bemerkt haben, der sich schnell vergrösserte, so dass der Bauch stark vorgetrieben wurde. Bei der Untersuchung des stark abgemagerten Kindes zeigte der Bauch in der Höhe des Nabels einen Umfang von ca. 70 Ctm. Durch die Palpation und Percussion liess sich ein Tumor nachweisen, der von der Leber nicht abgegrenzt werden konnte, nach links etwa 3 Fingerbreit über die Mittellinie hinausging und nach unten bis an die crista ossis ilei reichte; kein Ascites. Der Verlauf der Krankheit soll von Anfang an fieberlos gewesen sein. Sechs Tage nach dem ersten Besuch des Vortragenden verstarb Pat. unter den Erscheinungen allgemeiner Prostration. — Die Section vom Collegen Wicklein ausgeführt, ergab: Primäres Carcinom



der rechten Niere, Metastasen in Leber und Lungen (das ausführliche Sectionsprotokoll ist leider abhanden gekommen).

Fall II. Knabe $4^{1}/_{2}$ a. n. war im Frühjahr 1892 an Masern erkrankt, sonst immer gesund gewesen. Einige Wochen nach der Genesung war das Kind rückwärts gegen eine Bank gefallen. Seit dieser Zeit klagte Pat. über Schmerzen in der Nierengegend und will die Mutter die Entstehung des Carcinoms datirt wissen. Im August 1892 wurde Pat. dem Vortr. vorgestellt. Bei der Untersuchung des stark anaemischen abgemagerten schwachen Kindes liess sich in der Bauchhöhle ein Tumor nachweisen von der Grösse etwa eines Kindskopfes, von derber Consistenz, an der Oberfläche einige Knoten zeigend. Bei der Palpation ergab sich, dass der Tumor die linke Seite des Abdomens, etwa der linken Nierengegend entsprechend, einnahm und nach rechts in der Höhe der Mitte zwischen Processus xiphoideus und Nabel die Mittellinie des Bauchs nicht erreichte, von da aber einen zungenförmigen Fortsatz aussandte, der in der Mitte des Nabels die Mittellinie des Bauchs um etwa 2 Fingerbreit überragte; nach unten reichte der Tumor bis 2—3 Fingerbreit oberhalb der crista ossis ilei. Bei der Percussion zeigte sich, dass die durch den Tumor bedingte Dämpfung direct in die Milzdämpfung überging, welche in der Mamillarlinie bis zum obern Rande der 5. Rippe reichte. Im Uebrigen dieselben Grenzen wie bei der Palpation. Vor dem Tumor liess sich etwa 2 Fingerbreit nach links von der linea alba das Colon transversum herauspercutiren. Ende November fiel das Kind mit der linken Seite gegen eine Tischkante; seit dieser Zeit begann der Tumor rapid zu wachsen, so dass er Mitte Januar 1893 nach oben die Percussionsgrenze am obern Rande der 4 Rippe zeigte, nach unten tief in das grosse Becken hineinragte und der erwähnte zungenförmige Fortsatz 4—5 Fingerbreit über die Mittellinie hinausging. Der Leib erreichte zu dieser Zeit einen Umfang von 85 Ctm. in der Höhe des Nabels. Es stellten sich starke Oedeme der untern Extremitäten, besonders der des linken Beins ein; Harn wenig eiweisshaltig, n i e blutig.

Am 16. Februar 1893 trat der Tod unter den Erscheinungen allgemeiner Prostration ein. Die am 17. Februar vom Herrn Collegen L u n z ausgeführte Section ergab Folgendes: Nach Eröffnung der Bauchhöhle erscheint in der vordern Partie derselben der mässig geblähte Dünndarm; oberhalb desselben, etwa in der Höhe des Nabels das mehrfach geknickte Colon transversum. Das ganze Netz auf letzterem und vor ihm nach hinten zu gelagert. Der Magen stark gebläht, die obere vordere Partie des Abdomens einnehmend. Etwa 2 Finger breit von der linea alba lateralwärts zieht das abgeplattete Colon descendens herab. In der Abdominalhöhle etwa 5 Unzen schwach trüben Serums. Die mesenterialen Lymphdrüsen mässig stark geschwellt, von markigem Aussehen. Das Duodenum, ganz nach hinten ins rechte Hypochondrium verschoben, liegt hinter dem Colon ascendens. Das grosse Netz papierdünn. Die retroperitonealen Lymphdrüsen noch stärker geschwellt, als die mesenterialen. Die Gedärme lassen sich leicht von einem hinter ihnen liegenden Tumor ablösen.

Der Tumor, der den grössten Theil des Abdomens einnimmt, begrenzt sich nach oben durch den Magen, nach unten reicht er dicht bis zur Symphyse, nimmt den ganzen vordern und hintern, mittlern und linken seitlichen Theil des Abdomens ein: der rechte seitliche Theil desselben ist frei. Nach oben, etwas lateralwärts und ein wenig nach hinten liegt die mässig vergrösserte, foetale Lappung zeigende Milz, die sich leicht von der Tumormasse ablösen lässt. Auf der Schnittfläche zeigen sich die lymphatischen Apparate mässig geschwellt, Pulpa mässig resistent. Tumor von der Grösse zweier Mannsköpfe, an der Oberfläche höckrig. Auf der Schnittfläche erweist sich der Tumor theils aus cystisch verändertem stark haemorrhagischen Nierengewebe, die Cysten sind glattwandig, theils aus knolligen, markig aussehenden Massen bestehend. Sowohl in den cystisch destruirten Nierentheilen, als auch im markigen Gewebe Partien mit trüber gelber Flüssigkeit gefüllt. — Die rechte Niere von entsprechender Grösse, ausser Trübung des Parenchyms nichts Abnormes. Das Pankreas liegt platt dem oberen Theil des Tumors an, innig mit ihm verwachsen, bis auf den Kopf, der lang ausgezogen, nach rechts und etwas nach hinten zu liegen kommt. Die Leber erscheint insofern torquirt, als der rechte Lappen mehr nach unten und in die Länge, der linke Lappen mehr nach oben und in die Länge gestellt ist.

Herr L u n z führt an, dass von C z e r n y und S e u b e r t schmerzloses Blutharnen als pathognomonisches Zeichen bei Nieren-Carcinomen angegeben wird; in den von Herrn K r ü g e r beobachteten Fällen ist Haematurie nicht vorhanden gewesen. Ebenso ist eine bei Nieren-Tumoren, wie überhaupt bei Abdominaltumoren oft nachgewiesene Hypertrophie des linken Ventrikels, hervorgerufen durch Druck auf die Aorta, bei beiden erwähnten Fällen nicht zu constatiren.

Secretär: Dr. R. K o c h.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. G. Sée (Ueber den schleimig-membranösen Dickdarmkatarrh und dessen Behandlung) will mit Leinsamen, in kaltem Wasser durch 3—4 Min. aufgeweicht, vor jeder Mahlzeit 1 gr. Esslöffel gereicht, ausgezeichnete Erfolge bei obigem Leiden erzielt haben. Wirkt das nicht, so verordnet S. Olivenöl 3—4 Esslöffel bis zu einem Wasserglase voll mit Suppe oder Thee durch mehrere Tage. Bei heftigen Schmerzen leistet eine alkoholische Lösung von Menthol gute Dienste. Opiate sind contraindicirt. Diätetisch wären Bier, Käse und Milch, aber auch Rindfleisch, und weisses Brot zu gestatten, ebenso sämmtliche Gemüse.

(Intern. klin. Rundschau).

— Calderone (Ueber die Wirkung einiger Arzneisubstanzen auf Helminthen) fand, dass selbst bei subcutaner Injection des Santonin, die Ascariden nicht getödtet werden. Dagegen gingen diese Parasiten bei Einwirkung von Schwefelwasserstoff, Aether, Chloroform, Thymol innerhalb weniger Minuten zu Grunde. Auf Grund seiner Ergebnisse empfiehlt C. in erster Linie das Thymol 0,5—2,0 innerhalb 24 Stunden, dem man noch ein Abführmittel (Ol. Ricini, Calomel) beifügen kann. (Intern. klin. Rundschau).

— Behandlung des Ischias nach Weir Mitchell: Bettruhe; blutige Schröpfköpfe; häufige Sinapismen. Bei heftigen Schmerzen: 0,015 bis 0,03 Cocaïn. muriat. subcutan. Eine leichte Ischias wird auf diese Weise rasch heilen. Für schwere Fälle empfiehlt W. M. Immobilisirung der Extremität durch Schienenverband bei leichter Flexionsstellung in Hüfte und Knie; die Binden müssen von der Fussspitze bis zur Hüfte angelegt werden. Wenn dem Kranken das Gehen erlaubt wird, so muss ihm doch das Sitzen noch einige Zeit verboten bleiben, da bei dieser Stellung die Schmerzen Anfangs sehr leicht exacerbiren

Vermischtes.

— Am 16. Februar beging der Ehrenleibmedicus des Allerhöchsten Hofes, Geheimrath Dr. J o s e f B e r t e n s o n, sein 35-jähriges Dienstjubiläum. Der Jubilar ist 1835 in Nikolajew geboren und hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1854—57 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde daselbst, war B. mehrere Jahre älterer Arzt am Collegium allgemeiner Fürsorge in Witebsk, siedelte aber 1863 nach St. Petersburg über, wo er anfangs als praktischer Arzt thätig war. Im Jahre 1865 wurde er zum Inspector des Physikats hierselbst und 1868 zum Medicinalinspector des St. Petersburger Gouvernements ernannt, welche Stellung er vor einigen Jahren aufgab. Seit 1871 bekleidet der Jubilar den Posten des Oberarztes des von ihm begründeten Roshdestwenski-Baracken-Lazareths und des Directors der Heilanstalt der Grossfürstin M a r i a A l e x a n d r o w n a für ambulante Kranke und ist zugleich berathendes Mitglied des Veterinär-Comités, Mitglied des medico-philanthropischen Comités und des St. Petersburger Damen-Lazarethcomités der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes».

— An der Kiewer Universität hat sich der frühere Ordinator der geburtshülflichen Klinik, Dr. M. A. W o s k r e s s e n s k i als Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie habilitirt.

— B e f ö r d e r t: Zum G e h e i m r a t h — der etatmässige Docent der militär-juridischen Academie, Dr. S t o l z unter gleichzeitiger Verabschiedung mit Uniform auf eigene Bitte.

— S t o c k h o l m. Der ausserordentliche Professor der Chirurgie, J. W. B e r g ist zum ordentl. Professor des Karolinischen med. chirurg. Institut ernannt worden. — Der emer. Prof. H. A. A b e l i n ist gestorben.

— H e l s i n g f o r s. Dr. Rud. K o l s t e r ist zum Docenten für patholog. Anatomie ernannt worden.

— V e r s t o r b e n: 1) In St. Petersburg der ehemalige Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals und Chef des Medicinalwesens des Kronstädter Hafens, Geheimrath Dr. D. W. M e r z a l o w, im 66. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus der medicinischen Facultät in Kasan wurde der nunmehr Hingeschiedene Marinearzt und diente im Marine-Ressort über 40 Jahre. In den 60 ger Jahren war M. Chef des Medicinalwesens des St. Petersburger Hafens und nach dem Tode Dr. S c h w a n k's Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals und Chef des Medicinalwesens des dortigen Hafens. In den letzten Jahren lebte er verabschiedet in St. Petersburg. 2) Am 15. Febr. in St. Petersburg der frühere Gehülfe des Oberarztes des klinischen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. A. J. T s c h e s s n o k o w, im 66. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er nach Erlangung des Arztgrades behufs weiterer Vervollkommnung als Ordinator belassen wurde. In der Folge wurde er zum Gehülfen des Oberarztes des klinischen Militärhospitals ernannt, welche Stellung er bis

zum Ende des vorigen Jahres inne hatte. 3) Am 3. Februar in Krementschug der dortige Arzt W. A. Neljubowitsch im 49. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Der Verstorbene war nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie anfangs mehrere Jahre Militararzt, darauf Landschaftsarzt und Oberarzt des Landschaftshospitals in Krementschug. In den letzten 7 Jahren war er freipraktieirender Arzt in der genannten Stadt, in welcher er eine ausgebreitete Praxis bis zu seinem Lebensende hatte.

— Der dirigirende Arzt am jüdischen Krankenhause in Berlin, Dr. James Israel, welcher sich als Chirurg einen Namen gemacht hat, namentlich auf dem Gebiet der Nierenchirurgie und der mykotischen Erkrankungen, ist zum Professor ernannt worden.

— In Florenz ist der ordentliche Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie, Dr. Chiara in den Ruhestand getreten.

— In Odessa soll demnächst eine Abtheilung der «Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» eröffnet werden.

— Die Moskauer hygienische Gesellschaft, deren Präsident Prof. Erismann ist, hat. wie aus dem Jahresbericht derselben hervorgeht, im verflossenen Jahre 10 öffentliche und 3 geschlossene Sitzungen abgehalten. Mehr als die Hälfte der in den öffentlichen Sitzungen gehaltenen Vorträge bezogen sich auf Fragen aus dem Gebiet der Schulhygiene. Die Zahl der Mitglieder beträgt gegenwärtig 126.

— An der Pariser Universität studirten nach dem «Progr. med.» im verflossenen Jahre 1358 Ausländer. Die Zahl der Studentinnen betrug dort 343, von denen 172 Ausländerinnen waren. Die medicinische Facultät in Paris zählte 155 Studentinnen, darunter aber nur 16 Französinnen.

— In Paris hat ein junger russischer Arzt Woronow, nachdem er an der dortigen medicinischen Facultät den Doctorgrad erlangt, eine grosse Heilanstalt für Nervenkranke mit einer chirurgischen Abtheilung eröffnet.
(Wolyn. — Russ. Med.)

— Aus dem Pettenkofer-Fonds, welcher bekanntlich bei Gelegenheit der Feier des 70. Geburtstages des Professors Dr. v. Pettenkofer gestiftet wurde, sind in diesem Jahre wieder drei Preise vertheilt worden, und zwar an Prof. Dr. Emmerich (München), Prof. Dr. Lehmann (Würzburg) und Prof. Dr. Prausnitz (München).

— Von den zur Beantwortung der von Dr. Unna im vorigen Jahre gestellten dermatologischen Preisaufgabe eingelaufenen Arbeiten sind zwei des Preises würdig befunden, als deren Verfasser Dr. Rud. Krösing, prakt. Arzt in Stettin und Cand. med. Curt Passarge in Königsberg sich erwiesen. Die Preisaufgabe für 1894 lautet: «Es soll untersucht werden, ob und in wieweit die in neuerer Zeit aufgestellten Behauptungen, dass collagene, elastische Fasern und sesshafte (pigmentirte) Bindegewebszellen in die normale Stachelschicht hineinreichen, begründet sind». Der Preis beträgt 300 Mark. Näheres über die Bedingungen ist zu erfahren von der Verlagshandlung Leopold Voss in Hamburg.

— Die Moskauer medicinische Gesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung am 17. Januar den Professor extraord. Pawlinow (Therapeut) zum Präsidenten, Prof. Scherwinski zum Vicepräsidenten und die DDr. Langowoi (Privatdocent) und N. M. Bogdanow zu Secretären gewählt. Die Zahl der Mitglieder beträgt gegenwärtig 117.

— Wie die «Russkaja Medizina» den «Chark. W.» entnimmt, hat die Timmsche Landschaft (Gouv. Kursk) ihren Aerzten, Lehrern, Feldschern, etc. im Laufe eines ganzen Jahres keine Gagen gezahlt.

— Im hiesigen städtischen Kalinkinhospital fand am 30. Januar die Einweihung des neuen Operationssaales und Laboratoriums statt.

— Die Verschmelzung der St. Petersburger städtischen Hospitalcommission und der städtischen Sanitätscommission in ein «St. Petersburger städtisches Gesundheitscomité» ist bereits im Princip entschieden und soll in nächster Zeit durchgeführt werden.

— Bei der militär-medicinischen Academie ist eine Commission niedergesetzt worden, welche die therapeutische Wirkung der bekannten Pflanze Ephedra vulgaris prüfen und auf Grund klinischer und anderer Versuche feststellen soll, wie weit die heilkräftigen Eigenschaften der Ephedra der weitverbreiteten Anwendung dieser Pflanze im Volk entsprechen. Diese Commission, zu welcher die Professoren der Academie L. W. Popow (Therapeut), L. Beljjarminow (Ophthalmolog) und J. P. Pawlow (Pharmakolog) gehören, soll die Versuche bereits beendet haben und demnächst den Bericht über dieselben vorstellen.

— Der vor Kurzem in Rostow am Don verstorbene Arzt Dr. P. J. Jaschtschenko hat ein grosses Vermögen seiner Tochter hinterlassen, nach deren Tode sein ganzes unbewegliches Vermögen der Stadt Rostow testamentarisch als Eigenthum zufällt. (Priasowski Krai—Wr.)

— Nach einer von der Pariser Polizeipräfectur aufgestellten Statistik zählt Paris gegenwärtig 2208 Aerzte. Es kommt also, wie das ungefähr auch in Berlin der Fall ist, annähernd ein Arzt auf 1000 Einwohner. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die grosse allgemeine grossbritanische medicinische Gesellschaft «British Medical Association» zählt gegenwärtig 14,703 Mitglieder. Dem entsprechend hat das Organ derselben, das «British medical Journal», auch die meisten Abonnenten von allen medic. Journalen der Welt.

— In den Vereinigten Staaten von Nordamerika erscheinen gegenwärtig 234 medicinische Zeitschriften.
(Brit. med. Journ.)

— Wie verlautet, beabsichtigt die Conferenz der militär-medicinischen Academie ein «Academisches Jahrbuch» herauszugeben, welches, ausser einem Personalverzeichniss der Professoren, Privatdocenten und Studenten, auch Nachrichten über die der Academie zur Verfügung stehenden Stipendien und Prämien, sowie andere Auskünfte über die Academie enthalten soll. Die Redaction des Jahrbuchs ist den Professoren Winogradow und Pasternazki übertragen worden.

— Die Choleraepidemie ist im russischen Reiche dem Erlöschen nahe. Mit Ausnahme von 4 Gouvernements (Wolhynien, Kowno, Plotzk und Tschernigow) in welchen noch vereinzelte Erkrankungen vorgekommen sind, ist das Reich für seuchenfrei erklärt worden. Es werden daher die Bulletins über den Stand der Cholera von jetzt an nur ein Mal monatlich erscheinen. Auch in St. Petersburg ist keine Neuerkrankung an der Cholera weiter vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Februar d. J. 6560 (11 wenig. als in der Vorwoche), darunter 273 Typhus — (11 wenig.), 794 Syphilis — (2 mehr), 48 Scharlach (4 wen.), 35 Diphtherie — (10 mehr), 82 Masern — (8 wenig.), 24 Pocken — (1 mehr) und 0 Cholerakranke.

Vacanzen.

1) Im Kreise Saratow wird in nächster Zeit der Posten eines Landschaftsarztes (Chirurgen) frei. Gehalt 1200 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung. Es findet alle 3 Jahre eine Erhöhung des Jahresgehalts um 100 Rbl. statt, bis dasselbe 1500 Rbl. erreicht. Adresse: Саратовская Уѣздная Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Staraja-Russa (Gouv. Nowgorod). Geh. 1000 Rbl. Adresse: «Старорусская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. Februar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

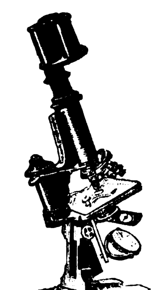
Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
344	243	587	110	60	109	13	6	20	57	60	47	40	28	24	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 4, Diphtherie 11, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 1, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 3, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 23.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. März.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März.



Mein in Fachkreisen empfohlenes und überall eingeführtes

Bakterien-Mikroskop

mit 3 Okularen und 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Beleuchtungs Apparat nach Abbé, grosses Hufeisen-Messing-Stativ etc. liefere unter Garantie für Güte und Brauchbarkeit complet in Mahagoni-Kasten zu **140 Mark**; do. mit Irisblende **150 Mark.**

Ferner empfehle mein gesetzl. geschütztes

Universal-Bakterien-Mikroskop

mit Objectiv-Revolver mit 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Okular-Revolver mit 3 Okularen, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, ganz grosses Hufeisen-Stativ mit neuester Micromillimeterschraube, complet in Mahagoni-Kasten **200 Mark**. (Geprüft und begutachtet von Prof. Dr. M. Nencki, St. Petersburg; Prof. Dr. Chomjakoff, Kasan; Dr. L. von Nencki, Warschau).

Illustrirte **Cataloge** mit Gutachten gratis und franco! (13) 12—3

Ed. Messter, Optiker und Mechaniker, **Berlin NW.** Friedrichstr. **№ 95.**

Lieferant für hiesige und auswärtige Universitäten und Krankenhäuser.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Professor Dr. M. Perls'

Lehrbuch der allgemeinen Pathologie.

Für Aerzte und Studirende.

Dritte Auflage herausgegeben von **Prof. Dr. F. Neelsen.**

Mit 256 Holzschnitten und 19 Abbildungen auf 2 Tafeln in Farbendruck. gr. 8. geh. M. 17.

(18) 1—1

Изданіе К. Л. Риккера въ С-Петербургѣ, Невскій пр. 14.

ПОСОБНИКЪ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМЪ ИЗСЛѢДОВАНІИ ТРУПА

И ПРИ ИЗСЛѢДОВАНІИ ВЕЩЕСТВЕННЫХЪ ДОКАЗАТЕЛЬСТВЪ.

Проф. **Н. А. Оболонскаго** (Кіевъ).

Съ 22 рисунками въ текстѣ и XI табл. 1894. Цѣна 3 р. 60 к., съ перес. 4 р.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера въ Спб. Невскій пр. № 14, поступили въ продажу

Pathologisch-anatomische Tafeln

nach frischen Präparaten

mit erläuterndem anatomisch-klinischem Text

Unter Mitwirkung von **Prof. Dr. Alfred Kast**, Redigirt von **Dr. Theodor Rumpel.**

Lieferung I enthält:

Oesophagitis, Gastritis et Duodenitis corrosivae, Venenum Acidi sulfurici recens haustum subsequentes —Destructio et Cirrhosis cicatricosa Oesophagi et Ventriculi (tres Menses post Combustionem Acidi sulfurici).— Varices Oesophagi idiopathicae. — Struma accessoria Baseos Linguae.

Lepra Laryngis et Pharyngie.—Melanosis Villorum Duodeni.—

Lieferung II enthält:

Aneurysma Aortae ascendentis, Insufficientia Valv. Aort. Hypertrophia et Dilatatio permagna ventriculi sinistri.—Phthisis pulmonum ulcerosa. Aneurysma Arteriae pulmonalis in Caverna Lobi inf.—Perihepatitis et Hepatitis interstitialis chronica.—Gangraena Palati mollis, Epiglottidis et Mucosae Cavi pharyngo-nasalis, in Corpus Ossis sphenoidalis et occipitalis progrediens.—

Lieferung III wird enthalten: Carcinoma Papilla duodenalis. Carcinoma Papilla duodenalis (mit Mikroskop). Tuberculosis miliaris Peritonei.—Medulla Ossium rubra—Medulla ossium lymphadenoides.—

Die Lieferungen IV und V bringen «**CHOLERA ASIATICA**», Krankheitsbilder aus dem überreichen Material der Hamburger Staatskrankenhäuser. Атласъ выходитъ ежемѣсячно. Цѣна каждаго выпуска, съ 4 раскраш. табл. и текстомъ (съ таможен. пошл.) 2 руб. 70 коп.

Verlag v. AUGUST HIRSCHWALD i. Berlin

Soeben erschien die 7. u. 8. Lieferung:

Mikrophotographischer

Atlas der Bakterienkunde

von

Prof. Dr. C. **Fränkel**,

und

Prof. Dr. **R. Pfeiffer.**

Zweite Auflage. 1894. à Lfg. 4 M.

Д-ръ В. К. Панченко.

Современное положеніе

УЧЕНІЯ о СПЕРМИНѢ

(Sperminum-Poehl)

на основаніи физіологическихъ данныхъ и наблюденій надъ больными.

(Отд. оттискъ изъ «Журнала Медицинской Химіи и Фармаціи» 1893. № 3.

1893. Цѣна 30 к. съ перес. 40 к.

SINAPISME RIGOLLOT.

Rigollot'sche Senfteige,

oder Rigollot'sches Senfpapier, in der ganzen Welt in Gebrauch. Man fordere die Unterschrift des Erfinders P. Rigollot, mit rother Farbe gedruckt, auf jedem Blatt und auf jeder Schachtel.

Verkauf in allen Apotheken, en gros bei **P. Rigollot** et Co., 24 avenue Victoria. Paris. (17) 21—1

Adressen von Krankenpflegerinnen:

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр. 32/34, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Dieser № liegt ein Prospect des Verlags von Gustav Fischer üb. «Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten» bei.

Дозв. ценз. Спб. 25 Февраля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, 5. (17.) März **1894**

Sperminum-Poehl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung.

Von

Dr. Bubis.

Das theoretische, wie das praktische Studium der Sperminfrage ist mittlerweile so weit gediehen und das betreffende Material hat sich in solcher Fülle angesammelt, dass der sich für diese Frage interessirende Leser Mühe hat, das ganze mit solcher Mühe aufgestellte Gebäude zu übersehen. Um dem Abhülfe zu thun, und dem Leser die Möglichkeit zu erleichtern, sich ein selbständiges Urtheil über die Bedeutung des Spermins bilden zu können, erachten wir es für angemessen das gesammte diesbezügliche Material in möglichst erschöpfender und systematischer Form abzuhandeln. Der Bequemlichkeit und der Anschaulichkeit wegen theilen wir unsere Abhandlung in 5 nächstfolgende Capitel ein.

I. Chemie.

Nachdem Brown-Séquard zur Ueberzeugung gelangt war, dass in den Testikeln junger Thiere chemische Verbindungen existiren, welchen «dynamogene» Eigenschaften zukommen, hat sich Prof. Poehl die Aufgabe gestellt, die Chemie des Samens im Allgemeinen näher kennen zu lernen und die in dem thierischen Samen enthaltene Base — Spermin — im Speciellen zu studiren. Ph. Schreiner[1]) theilte seine höchst interessanten Untersuchungen über das Spermin bereits 1878 mit und gab für dasselbe die Formel C^2H^5N. Ladenburg und Abel[2]) haben auf Grund der analytischen Data von Schreiner die Annahme ausgesprochen, dass aller Wahrscheinlichkeit nach das Spermin mit Aethylenimin (C^2H^4NH) identisch sei. Ein Jahr darauf finden sich Angaben in der Literatur[3]), in denen Kobert das Spermin als identisch mit Aethylenimin anerkennt und sogar das polymere Diaethylenimin (Piperazin) als «Dispermin» bezeichnet.

Als Prof. Poehl[4]) im Jahre 1890 an die Untersuchungen über das Spermin herantrat, musste er auf Grund der literärischen Angaben von der Annahme der Identität des Spermins mit Aethylenimin ausgehen, hat sich aber in kurzer Zeit überzeugt, dass diese Annahme unbegründet ist, was aus nachstehenden von ihm gewonnenen Resultaten der Elementaranalyse des aus reinem salzsauren Spermin dargestellten Platindoppelsalzes ersichtlich ist. Er fand:

Kohlenstoff	11,89 pCt.
Wasserstoff	3,36 »
Stickstoff	5,89 »
Platin	38,21 »

Die Analyse eines Platindoppelsalzes, welches Prof. Poehl aus in Salzsäure gelöstem phosphorsauren Spermin dargestellt hatte, ergab 38,00 pCt. Platingehalt.

Diese Zahlen entsprechen einem Platinsalze von der Formel $C^5H^{14}N^2$. 2HCl. $PtCl^4$, welches folgende Werthe verlangt:

Berechnet			Gefunden	Berechnet nach Schreiner's Formel
C^5 . . .	60 . . .	11.73 pCt.	11.89 pCt.	9,69 pCt.
H^{16} . . .	16 . . .	3,13 »	3,36 »	2.42 »
N^2 . . .	28 . . .	5.47 »	5,89 »	5,65 »
Cl^6 . . .	213 . . .	41,63 »	—	42,98 »
Pt . . .	194,6 . . .	38,04 »	38,21 »	39,26 »
	511,6	100,00	—	100,00

Das Goldsalz des Spermins lieferte bei zwei Bestimmungen 50,51 pCt. Gold. Die Formel $C^5H^{14}N^2$. 2HCl. $2AuCl^3$

[1]) Ph. Schreiner, Ann. Chem. Pharm. 1878, 194. Seite 68.
[2]) Ladenburg und Abel, Ber. d. d. chem. Ges., 1888, Seite 758.
[3]) Kobert, Pharm. Centralhalle, 1889, Seite 736.
[4]) Poehl, Protokolle des St. Petersburger medicinischen Vereins, 1890 (russisch).

verlangt 50,31 pCt. Gold. Nach der Schreiner'schen Formel wird 50,36 pCt. Gold erfordert.

Die diesen Doppelsalzen zu Grunde liegende organische Base würde die Zusammensetzung — $C^5H^{14}N^2$ besitzen.

Somit ist durch die Untersuchungen von Prof. Poehl klargestellt, dass das Spermin keineswegs mit dem Aethylenimin oder Diaethylendiamin (Piperazin) identisch sein kann, da das Verhältniss der Kohlenstoffatome zu den Stickstoffatomen beim Diaethylendiamin 4:2, beim Spermin 5:2 beträgt, und da beim Diaethylendiamin die Wasserstoffatome zu den Stickstoffatomen sich wie 10:2 verhalten, während dieses Verhältniss beim Spermin 14:2 ist. Desgleichen wird man die Bezeichnung des Piperazins mit «Dispermin» als ungerechtfertigt fallen lassen müssen.

In demselben Sinne sprach sich auch Prof. D. Mendelejeff aus, der auf Grund seiner Untersuchungen zur Ansicht gelangt ist, dass das von Prof. Poehl dargestellte Spermin mit dem Diaethylendiamid (Piperazin) nicht identisch ist. Da aber im Handel Präparate unter der Bezeichnung «Spermin» auftraten, die mit dem wirklichen Spermin nichts gemein haben, so bezeichnet Prof. Mendelejeff das echte Spermin als Sperminum Poehl.

Die Annahme, das das Spermin vielleicht ein Polymeres des Aethylenimins sei, gab Prof. Poehl Veranlassung, das nach der Methode von A. W. von Hofmann (Einwirkung von Ammoniak auf Aethylenchlorid) erhaltene Gemenge von Basen, unter denen sich vielleicht das betreffende Polymere vorfinden könnte, mittelst Goldchlorid und Magnesiumpulver auf einen eventuellen Spermingehalt zu prüfen jedoch mit negativem Resultat. Daraus geht mit Sicherheit hervor, dass in dem nach obigem Verfahren erzielten Gemenge Spermin nicht enthalten.

Das Alloxan $CO\langle{NH-CO \atop NH-CO}\rangle CO$ giebt mit vielen Abkömmlingen des Ammoniaks beim Erwärmen eine intensive Rothfärbung. Diese Farbenreaction tritt gleichfalls beim Behandeln des Spermins mit Alloxan auf. Fügt man zu einer Sperminlösung eine gesättigte, wässerige Lösung von Alloxan und lässt man dann die Flüssigkeit abdunsten, so erhält man anfangs eine lilaroth gefärbte Lösung und schliesslich einen hochrothen Rückstand, dessen Farbe durch Mineralsäuren sofort, durch Oxalsäure langsam zerstört wird. Beim Betupfen des gefärbten Rückstandes mit Natronlauge verwandelt sich die purpurrothe Färbung in Violet.

Der hochroth gefärbte Rückstand löst sich leicht in Wasser unter intensiver Rothviolettfärbung. Bei spektroskopischer Prüfung erhält man bei intensiver Färbung die Absorption gelber, grüner und des grössten Theils der blauen Strahlen. Es erscheint somit im Spektrum ein breites Absorptionsband, welches kurz vor der Natriumlinie D beginnt und bis fast zur G-Linie sich ausdehnt. Bei Behandlung mit Aetzkali verschiebt sich das Absorptionsband nach dem Rothen, es werden die Orangenstrahlen absorbirt und die blauen treten auf. Die Absorption findet nun ungefähr statt zwischen den Spektrallinien B und F.

Als geeignetes Material zur Gewinnung des Spermins haben sich die Testikel und Prostatadrüsen von jungen, gesunden, soeben geschlachteten Ochsen erwiesen, sowie Testikel junger Hengste. Das zweckmässigste Verfahren zur Gewinnung von Spermin ist nach Professor Poehl folgendes:

Die Testikel werden zu einer feinen Emulsion zerrieben und mit angesäuertem Wasser extrahirt. Hierauf werden die Eiweisskörper aus der Flüssigkeit ausgeschieden und das in gelöstem Zustande befindliche Spermin wird von den übrigen löslichen Körpern getrennt, und zwar in Form der in Säuren unlöslichen phosphorwolframsauren Verbindung. Der phosphorwolframsaure Niederschlag wird durch Baryt zerlegt und das in Freiheit gesetzte Spermin mit absolutem Alkohol extrahirt. Zum Zweck der endgültigen Reinigung wendet Prof. Poehl Entfärbung durch Thierkohle und Fällung als unlösliches Sperminphosphat an, welches hierauf von Neuem durch Baryt zerlegt werden muss. Die reine Base wird mit Salzsäure neutralisirt und der Krystallisation unterworfen, wobei man zu der wässrigen Lösung Alkohol zusetzt. Das auf diesem Wege hergestellte Präparat gab alle für das Spermin charakteristischen Reactionen.

Die Eigenschaften des Spermins sind folgende: dasselbe ist eine farb- und geruchlose syrupöse Flüssigkeit von stark alkalischer Reaction, welche sich beim Trocknen im Exsiccator zu einer festeren Masse verdickt. Mit Säuren bildet es gut krystallisirende Salze. Das Chlorhydrat bildet prismatische Krystalle, ist in Wasser leicht löslich, unlöslich in Aether und fast unlöslich in absolutem Alkohol.

Mit Phosphorsäure giebt das Spermin ein saures, amphoter und alkalisch reagirendes Salz. Das amphoter reagirende Salz ist in amorpher und krystallischer Form von Prof. Poehl erhalten und stellt eine sehr schwer lösliche Modification dar:

Die für Spermin zumeist characteristischen Reactionen sind nach Prof. Poehl folgende: 1) Entwickelung eines Geruches nach frischem Menschensperma, welches sich entwickelt, wenn man zu einer Sperminlösung Goldchlorid und metallisches Magnesiumpulver hinzufügt und 2) nach vorsichtiger Neutralisation der alkalischen Sperminsalzlösung durch Phosphorsäure bei Gegenwart von Alkohol (30 pCt.) — Umwandlung des löslichen Sperminsalzes in das unlösliche phosphorsaure Salz desselben, das sich zum Theil in spitzwinkligen und geradflächigen, wie auch gewölbflächigen und geschweiften Krystallen ausscheidet.

Um die Bildung der Krystalle beobachten zu können, muss nach Prof. Poehl folgendes Verfahren eingeleitet werden: 1 Ccm einer Lösung von activem Spermin (Sperminum Poehl in Ampullen, wie es zu medicinischen Zwecken verabfolgt wird) wird mit Phosphorsäure angesäuert (4 Tropfen einer Lösung von 1 Th. Phosphorsäure spec. Gew. 1,13 zu 9 Th. Wasser) und vorsichtig bis zur amphoteren Reaction ausneutralisirt (mit circa 4 Tropfen einer Lösung von 1 Th. Aetznatron zu 70 Th. Wasser). Auf Zusatz zu dieser amphoter reagirenden Lösung von 3 Ccm. 95° Alkohols erfolgt innerhalb weniger Minuten (1 bis 10 Minuten) die Bildung der zu beobachtenden Sperminphosphatkrystalle. Die Mischung macht man in einem grossen Uhrglas, welches sich unter das Mikroskop stellen lässt. Bei richtiger Mischung tritt eine Trübung ein, die sofort schwindet; dann reibt man mit einem Glasstabe, um die Krystallisation zu befördern und beobachtet die sich bildenden Krystalle bei kleiner Blende, kleiner Vergrösserung und langer Brennweite, um in den verschiedenen Flüssigkeitsschichten die Krystallbildung verfolgen zu können. Es müssen die Concentrationen sowohl für die Phosphorsäure als Alkohol beobachtet werden, um gut ausgebildete spitzwinklige Krystalle zu erhalten. Im entgegengesetzten Falle erhält man erst ein amorphes Phosphat, welches sehr langsam in die krystallinische Form übergeht.

Reagentien rufen in wässriger Sperminlösung folgende Veränderungen hervor:

Erwärmung mit Alkalilaugen: Entwickelung von Ammoniak;

Chlorzink: weisser flockiger, in Säuren löslicher, Niederschlag;

Tannin: weisser Niederschlag;

Sublimat: weisser Niederschlag;

Goldchlorid: goldgelber Niederschlag, welcher sich nach einiger Zeit in tafelförmige Krystalle verwandelt;

Platinchlorid: nach einiger Zeit krystallinischer Niederschlag;

Jodkalium;
Neutrales und basisches Bleiacetat } rufen keine Veränderung hervor;

Phosphormolybdän-Säure: gelber Niederschlag;



Phosphorwolfram-Säure: weisser flockiger Niederschlag, löslich in Alkalien, unlöslich in Säuren:

Kaliumwismuthjodid: rothbrauner Niederschlag, in Säuren löslich, krystallisirbar.

II. Chemisch-physiologischer Theil.

Schon seit jeher hat man auf die Thiertherapie grosses Gewicht gelegt Moschus und Bibergeil (Castoreum) sind zwei uralte Mittel, die noch bis jetzt ihre Bedeutung als Stimulantia und Tonica beibehalten. Bereits Wöhler, der diese Körper untersucht hatte, bezeichnete flüchtige Ammoniakbasen, als den wirksamen Bestandtheil par excellence im Moschus sowie im Castoreum. Klunge fand im Bibergeil einen alkaloidartigen Körper. Reuter isolirte einen Körper, welcher mit den allgemeinen Alkaloidreagentien Niederschläge gab und beim Erwärmen mit Natrium Pyridingeruch entwickelte. Prof. Poehl hat diese Arbeiten weiter verfolgt, und ist auf Grund seiner Untersuchungsmethoden zum Schlusse gelangt, dass sowohl im Castoreum wie im Moschus eine organische Base mit den Eigenschaften des Spermins enthalten und wirksam ist.

In neuester Zeit hat die Thiertherapie durch die Entdeckung von Brown-Sequard bedeutende Erweiterung erfahren. Brown-Sequard hat eben gefunden, dass dem Secret der Testikel «dynamogene» Eigenschaften zukommen d. h. Eigenschaften, die es befähigen, die Nerventhätigkeit des Organismus tonisirend zu beeinflussen. Uebrigens ist die Verwendung der Testikel, als Heilmittel schon im Alterthum bekannt gewesen und ein Testikelextract wird bereits in der Pharmakopoe von Jean Béguin (1624) erwähnt und zum therapeutischen Gebrauche empfohlen. Diese Eigenschaft der Testikelemulsion bietet keine exceptionelle Erscheinung im Kreise der biologischen Eigenschaften des Thierreichs; sie steht im besten Einklange sowohl mit den Ergebnissen der neueren Pathologie als auch mit zahlreichen am Krankenbett angestellten klinischen Beobachtungen. In der letzten Zeit hat sich eben in der Pathologie die Ansicht Bahn gebrochen, dass den Drüsen des Körpers, ausser ihren specifischen durch ihre Secretions- und Excretionsthätigkeit bedingten Functionen, noch die Aufgabe zufällt durch ihre in's Blut übergehenden Producte tonisirend den ganzen Organismus zu beeinflussen. Nach Entfernung und Zerstörung mancher Drüsen hat man specifische Krankheitsbilder auftreten sehen, so die Addisonsche Krankheit nach Zerstörung der Nebennieren, die Cachexia strumipriva nach Extirpation der Schilddrüse, die Zuckerkrankheit nach Exstirpation des Pankreas (Minkowsky) und die Cachexia orchidipriva nach Entfernung der Testikel. Diese Thatsachen drängen uns die Schlussfolgerung auf, dass Drüsen im Allgemeinen Stoffe (bisher noch unbekannte) produciren, die für die Erhaltung des normalen Gesundheitszustandes von grosser Wichtigkeit sind, indem sie den Organismus vor dem Ausbruch mancher ihn bedrohenden Krankheiten zu schützen vermögen. Derartigen Drüsen verdanken ihre Entstehung die schon von uns erwähnten Moschus und Bibergeil, denen schon von ältester Zeit her tonisirende und stimulirende Eigenschaften zuerkannt wurden; so eine Drüse stellen auch die Testikel dar, aus denen die berühmte Brown-Sequard'sche Emulsion gewonnen wird. Aber nicht nur durch theoretische Speculationen, die wichtige tonisirende Eigenschaft der Testikelemulsion wird zur Genüge auch durch klinische Beobachtungen bekräftigt; zahlreiche Aerzte haben mit ihr am Krankenbette experimentirt und alle sind einstimmig zum Schlusse gelangt, dass der Brown-Sequard'schen Emulsion als einem allgemein tonisirenden Mittel, wichtige therapeutische Bedeutung zukomme und dass sie der medicinischen Therapie neue, bisher ungeahnte Bahnen eröffnet.

Ungeachtet dessen hat doch die Testikelemulsion wesentliche Nachtheile, die ihr als solcher principiell anhaften und von ihr nicht zu trennen sind. Brown-Sequard empfahl wie bekannt, zu subcutanen Injectionen eine wässerige Emulsion, welche durch Verreiben von Testikeln frisch getödteter Thiere erhalten wurde. Da diese Emulsion ein Gemenge von verschiedenen Stoffen darstellt, so kann ihre Wirkung durchaus nicht als rein im wissenschaftlichen Sinne des Wortes gelten; der Haupteffect des vermuthlichen, in ihr enthaltenen wirksamen Princips wird durch verschiedenartige Nebenstoffe getrübt, von denen nicht bekannt ist, ob sie die Hauptwirkung unterstützen oder neutralisiren; in Folge dessen ist es bei therapeutischer Application des Mittels durchaus unmöglich im voraus seine Wirkung zu erwägen und nachher genau abzuschätzen oder mit anderen Worten wir sind der Möglichkeit beraubt einer Grundforderung der wissenschaftlichen Therapie zu genügen. Zweitens kann die Brown-Sequard'sche Emulsion solche morphologische und chemische Elemente enthalten, die manchmal schädliche Wirkung ausüben und Gefahr der Infection und Intoxication involviren können. Um diese Gefahr zu beseitigen, hat d'Arsonval vorgeschlagen eine Filtration der Emulsion durch Caolin und Einwirkung von Kohlensäure unter hohem Drucke vorzunehmen; nach d'Arsonval und Constantin Paul werden dadurch die Mikroorganismen zum Theil getödtet, zum Theil entfernt. Es ist einleuchtend, dass diese vorwiegend mechanische Methode der Reinigung ungenügend ist, da hierdurch weder die Fermente noch die Toxine beseitigt werden; ebenso ungenügend ist auch der von manchen Autoren angewandte Zusatz antiseptischer Mittel, da dieselben wohl die Mikroorganismen und Fermente, nicht aber die Toxine der Emulsion beeinflussen können. — Insbesondere gefährlich auch nach vorhergehender Sterilisation kann unter Umständen der wässerige Testikelauszug eines erkrankten Thieres werden, da bei vielen Infectionskrankheiten, Typhus, Tuberculose, Pocken etc. die Testikel wie es beim Menschen nachgewiesen und beim Thiere der Analogie nach zu erwarten ist (Velpeau, Sadrain, Moizard, Deshayes, Harrison, Kocher, Favel, Hoffmann, Wagner, Fenomenoff, Orloff, März), sehr häufig zuerst afficirt werden und die Stätte der Vermehrung der entsprechenden pathogenen Mikroorganismen, somit auch den Ort der Entwickelung der von ihnen producirten Toxine bilden.

Im Einklange damit stehen die Beobachtungen von Adamkiewicz an cancrösen Thieren (Hunde erkranken besonders oft an Carcinom), laut welchen die Gewebe solcher Thiere einen toxischen Stoff enthalten, der unbedingt in den wässrigen oder Glycerinauszug der Drüsen übergeht. In neuerer Zeit hat auch Spano auf Grund seiner Untersuchungen zur Evidenz erwiesen, dass der Same von tuberculösen Individuen, auch bei normalem Urogenitalapparat, unzweifelhaft ansteckend ist und sowohl locale als auch allgemeine Infection hervorrufen kann. Bei gewissen Erkrankungen kann unter Umständen auch das circulirende Eiweiss selbst bestimmte Veränderungen eingehen und toxisch werden, wie z B. bei Pneumonie und Uraemie, bei welchen Krankheiten das Blutserum, nach den Untersuchungen von A. Charrin und Arnaud, toxische Eigenschaften erhält. Aus den angeführten Thatsachen erhellt zur Genüge, welche Gefahren manchmal die subcutane Injection der Testikelemulsion involviren kann.

Um das wirksame Princip der Brown-Sequard-'schen Emulsion zu erhalten, dessen Effect genau abschätzbar und von der Mitbeeinflussung der Nebenstoffe frei wäre, hat Prof. Poehl sich die Aufgabe gestellt, die chemische Zusammensetzung dieser Emulsion näher kennen zu lernen. An eine eingehende quantitative Analyse war nicht zu denken, da erstens noch keine genaue Untersuchungsmethoden uns zur Hand stehen und zweitens



die Zusammensetzung der Emulsion unter verschiedenartigsten Einflüssen, wie Ernährung, Gesundheitszustand, Brunstzeit etc. verschieden ausfällt; somit können die quantitativ ausgeführten Analysen nur approximativen Werth beanspruchen.

Die Emulsion wurde von Prof. Poehl in der Weise dargestellt, dass auf ein Gewichtstheil Bullentestikel zehn Gewichtstheile Wasser genommen wurden. Da alle Bestimmungen an einer Portion nicht ausgeführt werden konnten, so mussten viele Bestimmungen an zu verschiedenen Zeiten bereiteten Emulsionen gemacht werden. Die Reaction wurde in den meisten Fällen schwach sauer, zuweilen auch amphoter gefunden. Das specifische Gewicht schwankte zwischen 1,004—1,008.

Serumalbumin und Fibrin . . .	0,026 ‰
Hemialbumose und Pepton . . .	0,060 »
Nuclein und Lecithin	0,810 »
Fett und Cholestearin	0,004 »
Hämoglobin	Spuren
Asche	0,138 »
Phosphorsäure, Gesammtgehalt .	0,046 »
Stickstoff. Gesammtgehalt . . .	0,144 »

Qualitativ wurde die Anwesenheit von Hypoxanthin, Guanin, Adenin, Kreatin, Kreatinin und Spermin nachgewiesen.

In dem in der Brown-Sequard'schen Emulsion gefundenen Spermin glaubte Prof. Poehl das wirksame Princip derselben erkennen zu müssen. Die von ihm ausgeführten, unten zu besprechenden chemisch-physiologischen, sowie physiologisch-experimentelle Untersuchungen an Thieren von Prof. Tarchanoff, als auch zahlreiche von verschiedenen Autoren ausgeführte klinische Beobachtungen an Kranken haben diese Ansicht bestätigt und zur Genüge erwiesen, dass dem Spermin ebenso wie der Brown-Sequard'schen Emulsion tonisirende Eigenschaften zukommen und dass es der Hauptsache nach in seiner Wirkung mit derselben zusammenfällt; wir sagen absichtlich «der Hauptsache nach», da eine vollständige Identificirung des Spermins mit Brown-Sequard'scher Lösung ebensowenig möglich ist, wie eine vollständige Identification des Opiums mit Morphin, der Chinarinde mit Chinin, des Belladonnaextractes mit Atropin etc.

In der ersten Zeit nach der Mittheilung von Brown-Sequard hat sich in der Literatur die Ansicht geltend gemacht, dass die Testikelemulsion blos ein die sexuelle Sphäre beeinflussendes Aphrodisiacum darstellt, ebenso hat sich auch durch offenbares Missverständniss über Spermin die Meinung verbreitet, dass es ein specifischer Bestandtheil der männlichen sexuellen Organe sei und als solches nur die sexuelle Sphäre beeinflussen kann. Diese vermeintliche ausschliessliche Wirkung des Spermins auf die sexuellen Functionen muss auf's entschiedenste in Abrede gestellt werden. Prof. Poehl hat zahlreiche Untersuchungen an verschiedenen Organen von Bullen und Kühen angestellt und auf Grund deren unumstösslich bewiesen, dass das Spermin durchaus nicht einen specifischen Bestandtheil der männlichen Reproductionsorgane darstellt, sondern auch normal im weiblichen Organismus vorkommt. Er fand das Spermin nicht nur in der Prostata und den Testikeln, sondern auch in der Schilddrüse, im Pankreas, in der Milz und in der Ovarien. In quantitativer Hinsicht, soweit ihm die verschieden ausgefallenen Ausbeuten einen Schluss ermöglichten, enthielten die Testikel die grösste Menge an Spermin, darauf folgt die Thymusdrüse, alsdann Prostata und Ovarien, die Pankreasdrüse, Schilddrüse und die Milz.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

M. A. Demosthène: Experimentelle Studien über die Wirkung des Mannlicher $6^1/_2$ millimeter Mantel-Geschosses. Academie de médecine. Sitzung vom 5. Dec. 1893. (La France médicale. Nr. 49. 8. Dec. 1893).

Das Rumänische MannlicherGewehr hat 4 Züge, das Geschoss hat einen Durchmesser von $6^1/_2$ Millimeter, und Länge von 31 Millim. Die Durchschlagskraft des Projectils ist 3 mal stärker als bei den Projectilen der Gewehre der anderen europäischen Mächte. Die Versuche wurden an lebenden Pferden und menschlichen Leichen, die in verschiedenen Entfernungen von 5 Meter bis 1,400 Meter aufgestellt waren, gemacht. Folgende Resultate seien erwähnt:

Wenn das Geschoss keinen ernsten Widerstand findet, erhitzt es sich nicht, verursacht also keine Verbrennung. Es durchdringt eine Kiste mit Schwefel, ohne denselben zu entzünden. Von 5 Kadavern, die in einer Entfernung von 50 Cent. einer vom andern hintereinander aufgestellt waren, wurden in einer Entfernung von 600 Meter 3 Kadaver durchschossen. Die Resultate sind dieselben wie die von M. Chauvel mit dem Lebelgewehr erzielten. Bei weichen Geweben sind die Eintritts- und Ausgangs Oeffnungen des Geschosses kleiner als bei den alten Gewehren und die verursachte Störung vielleicht geringer. Die Knochen sind dagegen nie regelmässig durchschossen worden; in allen Fällen und bei allen Entfernungen, bei spongiösen. Röhren- und flachen Knochen sind die Fracturen Splitterbrüche mit starker Zermalmung gewesen. Betreffs der Arterien ist das Uebel womöglich noch grösser: das Geschoss schneidet das Blutgefäss glatt durch. so dass eine Hämostase nicht denkbar ist. Noch mehr — bei Verwundung der Lungen bei den Pferden entstand ohne dass ein grosses Gefäss verletzt war, eine enorme Blutung, die von den früheren Geschossen sicher nie hervorgebracht worden wäre. — Die Verwundungen der Leber und der Milz zeigten keine Besonderheit. In den Fällen, da das verwundete Pferd vorher gefressen hatte, waren die Gedärme geradezu geplatzt: an den leeren Gedärmen waren die Verwundungen etwas leichter. Fügt man noch hinzu, dass das Geschoss sich im Gewebe häufig in kleine Stücke, die umhergeschleudert werden, spaltet, dass mehrere Leute zu gleicher Zeit von einem Geschoss verwundet werden, daher die Zahl der Verwundeten erhöht wird, dass die Zone der ernsten Verwundungen — 3500 bis 4000 Meter grösser ist als beim Gebrauch des alten Gewehrs, dass die Sanitätsanstalten weiter rückwärts als früher verlegt werden müssen, wodurch die Darbringung von Hilfe schwieriger wird, so kommt man zur Ueberzeugung, dass das neue Geschoss nicht — wie man in Deutschland behauptet, ein «humanes» ist.

Grimm.

Prof. Semmola: Ueber einen Fall von erfolgreicher Behandlung der Darmocclusion mit Electricität. (Acad. de médec. Paris) 1893. Bl. f. klin. Hydrotherapie 1893 Nr. 5.

Es handelt sich um einen Kranken, der eine Typhlitis und Perityphlitis durchgemacht hat und bei dem während der Reconvalescenz plötzlich die Erscheinungen der Darmocclusion mit starker Auftreibung des Bauches auftraten. Abführmittel blieben ohne jeden Erfolg. Die Symptome wurden immer drohender, es kam ausserdem zu Dysurie und schliesslich zu vollständiger Harnretention. Der allgemeine Zustand des Kranken war ein so beängstigender, dass Laparotomie vorgeschlagen wurde. Semmola widersetzte sich der Operation, weil er die Diagnose einer Darmocclusion infolge ungenügender Innervation stellte, auf Grund folgender Momente. 1) Plötzlicher Beginn der Schmerzen und Occlusionserscheinungen; 2) paroxystische Form des Schmerzes und relativ ruhiger Verlauf zwischen den Krisen; 3) der Platzwechsel der vorspringenden Darmschlingen bei jedem Anfalle; 4) Auftreten des Darmverschlusses nach wiederholten Entleerungen und nach vorausgegangener Diarrhoe, 5) Vorhandensein der Blasenlähmung ohne jeden auf eine frühere Erkrankung der Harnorgane zurückzuführenden Grund: 6) der neuro[illegible] Charakter des Kranken. Semmola schlug vor, einen [illegible] Strom anzuwenden, der auch in der Weise applicirt wurde, dass ein Pol auf den Bauch gelegt, der andere in das mit Salzwasser gefüllte Rectum eingeführt wurde. Man [illegible] nun einen Strom von 10 M. A. drei Mal täglich je 8–10 Min. hindurch einwirken. Schon am ersten Abende der Behandlung verschwand die Ischurie und drei Tage später trat vollständige Entleerung ein, und der Kranke wurde bald als gesund entlassen.

Buch (Willmanstrand).



Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Fünfte Sitzung.

Freitag, den 3. September. 1893. 9 Uhr Morgens.

1. Herr Dr. H. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Wirkung des Scopolaminum hydrobromicum als Mydriaticum».

Vortragender empfiehlt das Scopol. hydrobromic. als Ersatz für Atropin. Es habe sich erwiesen, dass das zuerst von E. Schmidt in Marburg dargestellte Scopolamin das bis jetzt gebrauchte Hyoscin in mehr oder weniger verunreinigtem Zustande darstelle. E. Merk in Darmstadt bringe jetzt ein allen Anforderungen genügendes Scopol. in den Handel. Das Scopolamin wirke mydriatisch weit energischer als Atropin.

R. Ernst habe in seiner bei Prof. Kobert gearbeiteten Dissertation gezeigt, dass eine Lösung von 1:1.000,000 deutlich wahrnehmbare Mydriasis bewirke. Synechien, die durch Atropin wohl nie gelöst werden können, hätten durch Scopol. eine Lösung erfahren; so ein Fall von vollständigem Pupillarverschluss, in dem jedoch eine 1 pCt. Lösung zur Verwendung kam, deren Anwendung freilich die ersten Vergiftungserscheinungen entstehen liess.

Eine Lösung von 1:500 löse durch 1—2 Tropfen sicher jeden Accomodationskrampf; diese Lösung würde gut vertragen; einjährige Kinder vertrügen 1—2 Tropfen dieser Lösung. Erwachsene bis 30 pro die.

Auf die Hirnrinde wirke das Scopolamin nicht, wie Atropin reizend — auf das Herz nicht beschleunigend Es wirke entschieden besser schmerzstillend wie Atropin; mehrere Patienten hätten mit Sicherheit angeben können, ob sie Scopol. oder Atropin bekommen hatten. Auch bei Glaucom habe Scopol. keine Drucksteigerung gemacht. In der Augenklinik in Dorpat werde seit einigen Monaten nur Scopolamin gebraucht, Atropin gar nicht mehr.

Discussion:

a) Herr Dr. Th. v. Schroeder-St. Petersburg bestätigt die guten mydriatischen Wirkungen des Scopolamins. Allgemeinerscheinungen seien in der St. Petersburger Augenheilanstalt nicht beobachtet worden, wohl weil die Dosen keine sehr grossen gewesen.

b) Herr Prof. Dr. Kobert: Das Scopolamin werde in Deutschland wohl noch einige Zeit unter dem Namen Hyoscin geführt werden, da sich die Commission zur Vorbereitung des neuen Arzneibuches nicht entschliessen konnte den Namen Hyoscin fallen zu lassen. Welche Substanz es sei, welche in den Raehlmann'schen Fällen die Störungen bewirkt habe, sei noch nicht bekannt; Atropin scheine es nicht gewesen zu sein. Das Scopol. werde sich auch zur Behandlung des Asthma bronchiale (subcutan 1/2 Milligramm im Anfall) brauchbar erweisen. Die Wirkung erkläre sich durch Lähmung der constrictorischen Nerven der Bronchien. Im Allgemeinen könne man jetzt in jeder Beziehung das Atropin durch das Scopolamin ersetzen, nur in einer Beziehung nicht, in welcher man beim Atropin bleiben müsse und zwar in der Behandlung des Collaps. Atropin wirke dabei excitirend auf's Grosshirn, Scopolamin nicht nur nicht excitirend, sondern sedativ, sei somit im Collaps contraindicirt und könne sogar bei Maniakalischen mit Erfolg als Beruhigungsmittel verwerthet werden.

c) Herr Dr. H. Truhart bemerkt, dass Belljarminow das Scopolamin in Combination mit Cocain empfehle; die Wirkung solle eine ausgiebigere sein, was wohl durch die Resorptionsbefördernde Wirkung des Cocain zu erklären sei. Redner wolle sich an der Discussion in Form von Fragen betheiligen; es gäbe ja kein gutes Instrument um die Tensio bulbi genau zu messen; sei Vortragendem vielleicht ein solches bekannt? Falls dieses der Fall, so wäre eine sicherere Unterscheidung der Wirkungen des Scopolamin's und Atropin's auf glaucomatöse Augen möglich. — Weiter wäre es interessant zu erfahren, wie sich das Scopolamin im Gegensatze zum Muscarin verhalte, ob ein gleicher Antagonismus bestehe wie bei Atropin und Muscarin, da hieraus ein sicherer Schluss gezogen werden könne, welche nervöse Elemente des Herzens durch Scopol. einen Angriff erführen.

d) Herr Dr. v. Krüdener: Die Drucksteigerungen seien am glaucomatösen Auge nicht mit dem Tonometer gemessen worden, sondern durch die Palpation. Eine Steigerung des Druckes sei nie beobachtet worden.

e) Herr Prof. Dr. Kobert: Atropin und Muscarin seien in jeder Beziehung absolute Antidote. Beim Scopolamin passe eine Wirkung in das Bild, das man sich vom Antidot des Muscarin entwerfen müsse, nicht hinein; dieses sei die bei kleinen Dosen auftretende Pulsverlangsamung, während Atropin Pulsbeschleunigung mache; diese Verlangsamung sehe man jedoch nur bei kleinen Dosen; grössere Dosen wirkten gerade so wie das Atropin auf den Hemmungsapparat des Herzens lähmend und machten dadurch Pulsbeschleunigung, falls vorher durch Muscarin Pulsverlangsamung hervorgerufen worden wäre.

f) Herr Dr. H. Truhart fragt an, ob die von Belljarminow beobachtete eiförmige Erweiterung der Pupille durch Scopolamin vom Vortragenden auch beobachtet worden sei?

g) Herr Dr. v. Krüdener habe diese Pupillenerweiterung nicht constatiren können.

2. Herr Dr. E. Jaesche hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Hornhautgeschwüre».

Vortragender bespricht die Behandlung der Hornhautgeschwüre und tritt warm für die Behandlung nicht nur dieser, sondern auch der Hornhautinfiltrationen mit dem Cauterium actuale ein; letztere wurden durch das Cauterium actuale erst in ein offenes Geschwür verwandelt. Der bequemste Apparat zu diesem Zwecke sei der Galvanocauter, doch sei nicht allen Aerzten und namentlich nicht allen Aerzten auf dem Lande dieser zugänglich. Vortragender habe für solche Fälle einen kleinen Apparat construirt, der in fast allen Fällen den Galvanocauter vollkommen ersetzen könne. Man biege einen Platindraht, der wenigstens den Durchmesser eines halben Millimeter haben müsse, derart zusammen, dass eine Doppelschlinge von 2—3 MM. Durchmesser entstehe; indem man nun die Enden des Drahtes weiter einfach zusammen drehe, erhalte diese Doppelschlinge einen 22—25 MM. langen Stiel, der wiederum in einen Holzstiel gefasst werde. (Vortragender demonstrirt einige dieser Apparate). Was die Cauterisation selbst anlange, so lasse sie sich leicht ausführen. Von der leicht zu beschaffenden Assistenz lasse man sich eine brennende Spirituslampe dicht an das mit Cocain anaesthesirte Auge halten, dessen Lider mittelst eines Lidhalters offen gehalten werden. Die in der Spiritusflamme bis zur Weissgluth erhitzte Platinaschlinge verliere ihre Gluth beim Hinüberführen zum Auge nicht und erfüllt ihren Zweck. Selten werde man mit einmaliger Anwendung der glühenden Schlinge auskommen, doch könne ja je nach Bedarf das Verfahren wiederholt werden. Als Nachbehandlung empfehle Vortragender Sublimat- oder Borsäurelösung; in der weiteren Nachbehandlung thue oft eine Lösung von Höllenstein gute Dienste. Werde es nöthig eine Aetzung zu wiederholen, so könne dieses ja leicht inscenirt werden; es käme jedoch nach den Erfahrungen des Vortragenden sehr selten vor.

In der Discussion bekennt sich

a) Herr Dr. A. Lenz als entschiedener Anhänger der Galvanocauterisation der Hornhautgeschwüre; er brenne fast jedes Geschwür und sei mit den Resultaten zufrieden. Nur bei Ulcus mit Hornhautabscess, Hypopyon und diffusen Trübungen habe ihn das Cauterium actuale im Stich gelassen und reservire er für diese Fälle den Sämisch'schen Schnitt.

b) Herr Dr. E. Jaesche macht darauf aufmerksam, dass bei Behandlung der Hornhautulcerationen der Allgemeinzustand nicht zu vernachlässigen sei und erwidert Herrn Dr. Sadikow auf seine dahingehende Frage, ob er auch bei grossen Infiltrationen der Hornhaut die ganze Oberfläche cauterisirt habe, oder nur einzelne Partien des Infiltrates, dass er die weit verbreiteten Infiltrate reichlich mit dem Cauterium actuale angegriffen und nachdem die obere Schicht der Hornhaut zerstört worden, die übrigen Mittel in Anwendung gezogen habe.

c) Herr Dr. Th. v. Schroeder empfiehlt die Galvanocauterisation besonders für kleine schmutzige Geschwüre, wie sie sich öfter nach Verletzungen bildeten. Bei grösseren Geschwüren sei zunächst Eserin bei Ruhe und festem Verbande anzuwenden; oft treten bei diesem Verfahren rasche Besserung und Heilung ein. Wenn nicht, dann könne man brennen.

d) Herr Dr. A. Lenz: Das Eserin sei durch die Anwendung des Cauterium actuale und den Schnitt nach Saemisch entbehrlich geworden; es mache oft Reizerscheinungen und müsse man bei Anwendung des Eserins durch die gewöhnlich complicirende Iritis einen Pupillarverschluss mit in den Kauf nehmen.

e) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Das Eserin setze den Druck des Auges herab und sei seine Anwendung durch diese seine Wirkung eine rationelle. Eine Schablone liesse sich für die Anwendung nicht angeben. Im Allgemeinen sei die Anwendung des Eserin indicirt bei tiefen Geschwüren besonders am Rande der Hornhaut. Hintere Synchien bildeten sich durchaus nicht immer bei der Anwendung des Eserin, da oft keine Iritis vorhanden; wenn sich jedoch Synchien bilden sollten, könne man meist eine Lösung derselben durch starke Mydriatica bewirken. Wenn sie blieben, sei der Schaden kein sehr grosser. Bei Anwendung des Eserin trete oft keine Reizung, sondern eine Beruhigung des Auges ein.

f) Herr Dr. M. v. Middendorff-Reval weist darauf hin, dass nicht die Grösse oder Tiefe des Infiltrates oder Ul-

cus die Indication für die Therapie abgebe, sondern der Charakter der Affection, der sich oft in einigen Stunden oder wenigen Tagen schon deutlich erkennen lasse. Zeige das Ulcus, resp. das Infiltrat keine Tendenz zum Fortschreiten, so komme man meist mit den gewöhnlichen Medicationen aus; sei es jedoch progressiv (Ulcus serpens), so sei die Glühschlinge anzuwenden und zwar ohne Rücksicht auf die Ausdehnung möglichst gründlich.

g) Herr Dr. A. Lenz: Auf dem Lande sei der Arzt nicht in der Lage abzuwarten, sondern hier sei die Cauterisation gleich zu machen. Die durch die Cauterisation gesetzten Narben habe man nach den Erfahrungen des Redners nicht zu fürchten, da die Narben, die nach Ulcerationen zurückbleiben, die gebrannt worden, transparenter seien, als diejenigen, die nach Ulcerationen entständen, die ohne Galvanocauterisation geheilt seien.

h) Herr Dr. Ausin-Erwahlen macht auf die die Hornhautgeschwüre complicirenden Thränensackleiden aufmerksam; bei der Behandlung der Ulcera selbst habe ihm das Wasserstoffsuperoxyd sehr gute Dienste geleistet.

i) Herr Dr. Seiler-Bauske gedenkt der durch Phlyctänen entstandenen Ulcerationen, deren Behandlung eine Berücksichtigung des Allgemeinzustandes erheische; es habe die Therapie der Scrophulose einzutreten. Bei Eiteransammlungen in der vorderen Kammer habe ihm Calomel als Abführmittel gereicht, gute Dienste geleistet.

3. Herr Dr. H. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag **«Zur operativen Behandlung des Trachoms»**.

(Der Vortrag erscheint nächstens in extenso in dieser Wochenschrift).

Vortragender hob hervor, dass die bunte Mannigfaltigkeit der auch heutzutage noch von allen Seiten vorgeschlagenen Behandlungsmethoden des Trachoms wohl zur Genüge beweise, dass es an einer sicheren Directive des Verfahrens dieser Krankheit gegenüber bisher immer noch fehle. Um der Massenverbreitung dieser die Arbeitskraft des Landvolks überaus schädigenden Infectionskrankheit Einhalt zu gebieten, habe unser voriger Aerztetag — und erfreulicherweise nicht erfolglos — die im grossen Style im Lande zu ergreifenden sanitären und hygienischen Maassnahmen in's Auge gefasst, es sei daher dringend erwünscht, dass unsere Versammlung auch bezüglich des Kampfes dem Einzelfalle gegenüber eine Einigung anstrebe und dadurch eine sichere Directive gäbe zu einmüthig anerkannter rationeller Therapie.

Als eine wesentliche Errungenschaft der Neuzeit dürfe die allgemein sich bahnbrechende Erkenntniss bezeichnet werden, dass in der Trachomtherapie die ausschliesslich medicamentöse Behandlungsmethode den chirurgischen Verfahren, bei welchen die Arzneien nur eine secundäre, eine die Heilung unterstützende Rolle spielen, zu weichen habe.

Nachdem Vortragender auf die Mängel und die Unzulänglichkeit der leider auch heute noch vielfach gebräuchlichen ausschliesslich medicamentösen Behandlungsmethoden hingewiesen, wandte er sich den operativen Behandlungsweisen zu.

Das heute vielfach in Anwendung gezogene Keining'sche Sublimatverfahren verdanke seine Wirkung weniger, ja seiner Ueberzeugung nach, überhaupt nicht der Einwirkung des Medicamentes, sondern lediglich dem mechanischen Reize der bei demselben angewandten Massage und sei ohne Combination mit anderweitigen operativen Eingriffen nur bei leichten dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen von radicalem Erfolg gekrönt, lasse jedoch in dem vorgeschrittenen 2-ten und 3-ten Stadium des Trachoms nahezu vollständig im Stich, da man bei diesen nur eine gewisse Besserung erziele.

An der Hand eigener, mehr als 20 jähriger praktischer Erfahrung unterzog Vortragender nunmehr die bisher üblichen operativen Verfahrungsweisen bei Trachom einer kritischen Beleuchtung, deren Vorzüge, resp. Mängel analysirend.

Die grosse Bedeutung des chirurgischen Vorgehens liege in der wesentlichen Abkürzung der Behandlungsdauer, in dem schnelleren Schwinden nicht nur der subjectiven, sondern auch der objectiven Beschwerden und Complicationen, in dem mehr oder minder sicheren Schutz vor Recidiven und dem entsprechend auch in der weit grösseren Garantie gegen die Weiterverschleppung des virus, gegen die Massenverbreitung des Trachoms. — Derjenigen Methode operativen Vorgehens werde der Vorzug eingeräumt werden müssen, welche bei einfacher Handhabung für den Arzt und unter den relativ geringsten Beschwerden für den Patienten jenen zu stellenden Anforderungen am meisten entspräche.

Die Quetschmethoden erzielen zwar in vielen selbst vorgeschrittenen Formen vortreffliche Resultate, erheischen jedoch wegen der zahlreich zu combinirenden anderweitigen operativen Eingriffe ein reichhaltiges Instrumentarium, bedingen, soll radicaler Erfolg erzielt werden, häufig vorzunehmende Wiederholung des Verfahrens und seien endlich mit überaus grosser Schmerzhaftigkeit, die bei Kindern und sensiblen Patienten Chloroformnarcose beanspruche, verknüpft. Aus der Zahl der Zangen und Pincetten, welche bei diesem Verfahren verwandt werden, seien der von Jaesche modificirten Himly'schen Zange, vor allem aber der Knapp'schen Rollpincette der Vorrang einzuräumen, die weit weniger schmerzhaft, allerdings aber auch von weniger radicaler Wirkung.

Eine ganze Reihe anderer chirurgischer Eingriffe gehe darauf aus die Trachomkörner zu eröffnen und zwar auf dem Wege der Galvanocaustik, durch Aufritzen mit der Nadel oder durch Aufstechen mit dem Messer. Wenngleich als Unterstützungsmittel im Einzelfalle von entschiedenem Werthe, seien sie als Methode nicht wohl zu verwerthen, da sie abgesehen von anderen Mängeln eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich machen, vor Allem aber die Conjunctivalschleimhaut zerklüften und letztere alsdann zufolge der Reizung der Cornea das Sehvermögen bedrohen, endlich aber der Inhalt der Follikel bei diesem Verfahren noch nicht entleert werde. Letzterer Uebelstand werde bei der Methode die einzelnen Körner mit der Scheere vollständig auszuschneiden, resp. mit dem scharfen Löffel auszukratzen zwar vermieden dafür träten aber hier die anderen angeführten Mängel und Uebelstände noch mehr in den Vordergrund.

Um rascher zum Ziele zu gelangen seien diese operativen Eingriffe von einzelnen Autoren zu Methoden erweitert worden, indem sie nicht die einzelnen Follikel, sondern flächenförmig die Conjunctiva jener Behandlung unterworfen.

Es läge auf der Hand, dass das streifenförmige Ausbrennen der Conjunctivalschleimhaut (Nach von Reich eingeführter Galvanocaustik von Michel geübtes Verfahren) nur zu leicht zu schwer schädigender Narbenbildung Veranlassung bietet.

Die Scarificationsmethode, das Aufschneiden der Schleimhaut in langen zahlreichen Schnitten, führe, auch wenn nach Abadie's Vorschlage dem Acte ein Abbürsten der Schleimhaut mit Sublimat (1:500) nachfolge, nur nach häufigen Wiederholungen und auch dann nicht zu befriedigendem Ziele, da in den undurchschnittenen Conjunctivalpartien Reihen von Trachomkörnern restiren.

Das Ausschneiden der Follikel mit der Scheere wurde von Schneller zur Excisionsmethode erweitert, indem er mit 3—4 Scheerenschlägen die Uebergangsfalten herausschnitt: ein Verfahren, welches bei dortiger alleiniger Localisation sehr zu empfehlen und keineswegs wie von Vielen angenommen wird, narbige Schrumpfung der Lider (Entropium) im Gefolge hat; allein da nach den Erfahrungen des Vortragenden die Uebergangsfalten keineswegs, wie so oft ausgesprochen, der Hauptsitz des Trachoms, so habe auch diese Methode nur sehr beschränkten Werth, wenn sie nicht mit anderen weiteren operativen Eingriffen combinirt werde.

Das Aufnadeln der einzelnen Follikel nach Sattler, von Herrnheiser dadurch vervollkommnet, dass er jedem Acte ein Auslöffeln des Inhalts derselben mittelst einer von ihm construirten Schieberpincette nachfolgen lässt, habe Vortragender zwar selbst nicht praktisch ausgeübt, es sei aber, abgesehen davon, dass hierbei wohl so manche Trachomkörner übergangen werden dürften, doch wohl zu umständlich und mühsam, um als Methode weitere Nachahmung zu finden.

Weit rascher, sicherer und vollkommener gelangen wir mit der von v. Schröder eingeführten und auch in Livland in den letzten Jahren vielfach geübten Ausbürstung der trachomatösen Lidschleimhaut zum Ziel, zu welchem Zweck sich v. Schröder eines an seinen Enden mit zahlreichen versilberten und vernickelten Kupferdrahtnadeln versehenen Pinsels bedient.

Lasse sich nun auch thatsächlich mittelst dieser Methode in kürzester Zeit die ganze Conjunctiva von den in ihr sitzenden Follikeln befreien, sei mithin durch dieselbe nach dieser Richtung das Wesen der Aufgabe der Trachombehandlung gelöst, da nur selten bei entsprechender medicamentöser Nachbehandlung Wiederholungen des Verfahrens erforderlich und Recidive nicht allzuhäufig, so haften doch auch diesem Verfahren wesentliche Mängel und Uebelstände an: zunächst sei bei demselben Asepsis nur schwer durchzuführen, da der zwischen den einzelnen Nadeln nach einmaliger Auskratzung haftenbleibende Follikelinhalt und Gewebsfetzen jedesmalige, viel Zeit in Anspruch nehmende subtile Reinigung des Pinsels erforderlich mache, fernerhin mache die überaus grosse Schmerzhaftigkeit die durch vorausgeschickte Cocainisirung (selbst bei 5 pCt. Lösung) nicht überwunden werde nicht nur bei Kindern, sondern auch bei erwachsenen Personen oft noch mitten in der Operation Chloroformnarkose nothwendig, endlich aber gebe die Conjunctivalschleimhaut nach der Abbürstung einen so unregelmässig zerklüfteten und zerfetzten Boden ab, dass die Cornea, wenn mitafficirt, einer übermässigen Reizung ausgesetzt werde. Dieser Uebelstand mache sich bei acuten Formen von Keratitis in schweren Folgen bemerkbar und wenn Trousseau neuerdings die Ansicht ausspräche, dass das Auskratzen mit dem Löffel unterdrückt werden solle, da dasselbe von den verschiedenen Eingriffen als das gefährlichste für die

Hornhaut erschien, so gelte dieser Ausspruch nach den Erfahrungen des Redners bei dem Auskratzen mit dem Pinsel. in den Fällen, wo stärkere Keratitis vorläge, in weit erhöhtem Maasse.

Zum Schluss sei es Vortragendem gestattet das operative Verfahren der Versammlung vorzulegen, dessen er sich seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, späterhin in 179 und zwar sowohl in ganz leichten, wie in den mit Keratitiden aller Art complicirten Fällen, g a n z a u s s c h l i e s s l i c h bedient habe. Als Princip desselben habe ihm die Ausschabung bei Endometritis vorgeschwebt und habe er sich nach Analogie der Reclamierschen Curette kleine rasirmesserscharfgeschliffene Trachomcuretten verschiedener Grösse anfertigen lassen (bei Schwabe-Moskau und bei Grempler-Dorpat zu beziehen). Mit dieser Curette werde zunächst die Carunkel und bei stark angezogenem unteren Lide die Lidschleimhaut des letzteren ausgereinigt, alsdann das obere Lid umgestülpt, dasselbe entweder nach A b a d i e's Vorgange in der Mitte mit einer, besser aber noch unter Beihülfe eines Assistenten zu beiden Seiten des Knorpelrandes mit 2 anatomischen Pincetten gefasst und nochmals umgeklappt, wodurch die ganze untere Lidhälfte mit der Uebergangsfalte als glatt angezogenes Operationsfeld vorläge. Mit einigen über die ganze Lidschleimhaut sich erstreckenden Zügen werden erst hier, später an der Tarsalfläche nicht nur die Hüllmembranen, resp. die hervorragenden Follikel vollständig glatt wegrasirt, unter dem dreist anzuwendenden Druck werden auch der Inhalt der selbst tiefliegenden Trachomkörner und die übrigen in der Schleimhaut befindlichen krankhaften Producte als schleimig-breiige Masse ausgedrückt und entfernt; zur Vorsicht werden die Carunkel, die Schleimhaut des oberen und unteren Lides jedes Mal mit der K n a p p'schen Rollpincette ausgewalzt, dieselben alsdann mit einem Sublimatwattebausch abgedrückt und nahezu gar nicht mehr blutend liegt die Schleimhaut als eine in vorgeschrittenen Fällen um das 1-, selbst das 2-fache des Volumens verdünnte, zunächst hochroth aussehende, ganz glatte Fläche vor Augen. Unmittelbar nach der Operation Umschläge mit abgekühltem Sublimat, Nachbehandlung in den ersten 4 bis 5 Tagen K e i n i n g'sches Verfahren, späterhin Beizen mit 5 pCt. Lapislösung. Dauer der Cur 8 Tage bis 3 Wochen, je nach den vorhandenen Complicationen.

Als Uebelstände dieses operativen Verfahrens wären anzuführen. die relativ starke Blutung, welche, um ein freies Operationsfeld zu haben, wiederholtes Abtupfen während der Operation nöthig macht, sowie ein häufiges Schleifen der Curette, da es auf rasirmesserartige Schärfe derselben besonders ankommt.

Vorzüge des Verfahrens seien: Nahezu vollständige Schmerzlosigkeit bei vorausgeschickter Anaesthesirung durch Cocain (5 pCt.) (nur über die Ausquetschung mit der Rollpincette klagen die Patienten); die kurze Dauer der Operation, die bei etwas Uebung an einem Auge nur 4–5 Minuten in Anspruch nähme, das schnelle Schwinden der subjectiven und rasche Besserung, wenn nicht vollständige Beseitigung der objectiven Beschwerden; selbst bei complicirendem Pannus crassus hebe sich schon in einigen Tagen die Sehschärfe, um in einigen Fällen am Schlusse der Cur das 4, 5 ja selbst 10-fache zu erreichen. Recidive habe Vortragender im Laufe von mehr als 1½ Jahren nur ausnahmsweise, Narbenbildung oder narbige Schrumpfung niemals beobachtet. Er könne daher die Ausschabung mit der Curette den Herren Collegen als praktische, leicht für den Arzt zu handhabende Methode aufs Wärmste zur Nachprüfung empfehlen. (Autorreferat).

D i s c u s s i o n.

a) H e r r D r. A. L e n z legt Verwahrung ein gegen das Urtheil des Herrn Collegen T r u h a r t, dass unsere bisherige medicamentöse Behandlung eine falsche gewesen sei, und dass jetzt durch die operative Behandlung des Trachoms der Besitz der wahren und richtigen Behandlung gesichert sei. Man könne auch heute noch mittelst Lapis und Cuprum mit jedem Trachom fertig werden; durch die operative Behandlung werde die Behandlung des Trachoms abgekürzt. Erst die spätere Beobachtung müsse lehren, wie die narbige Schrumpfung mit ihren Folgezuständen sich nach der medicamentösen, resp. nach der operativen Methode gestalten werde.

b) H e r r D r. E. J a e s c h e macht darauf aufmerksam, dass die bei höheren Graden des Trachoms sich oft findenden starken Schwellungen der Uebergangsfalte der Conjunctiva mit Vortheil mit der Scheere abgetragen werden.

c) H e r r n D r. H. T r u h a r t liege es ferne der Meinung zu leben die wahre Behandlung gefunden zu haben, oder die frühere als die falsche zu bezeichnen. Er habe nur einen Beitrag zur Behandlung des Trachoms geben wollen und hoffe so allmählich zur vollkommenen Behandlung, die bisher noch nicht gefunden sei, mitbeizutragen.

Vortragender mache die Ausschabung, behandele dann einige Tage nur mit reinigenden und desinficirenden Lösungen, mittelst Wattebäuschen, lasse dann die medicamentöse Behandlung folgen. In 14 Tagen durchschnittlich könne nach dieser Methode die Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden, während wir mit dem beliebten Cuprumstift Monate lang nahezu vergeblich beizen und reizen können.

d) H e r r D r. T h. v. S c h r o e d e r. Der wesentliche Unterschied zwischen den jetzigen und den früheren Methoden der Trachombehandlung bestehe in der mechanischen Entfernung der Follikel, die früher unterblieb. Sie sei als grosser Fortschritt in dieser Behandlung anzusehen. Auf welche Weise diese mechanische Entfernung der Folli el geschehe, sei von geringerer Wichtigkeit. Die Wahl des Instrumentes, mit dem die Reinigung vorzunehmen, sei jedem Arzte zu überlassen; am besten werde man sich wohl verschiedener Instrumente bedienen, mit denen man die Conjunctiva bis in alle Falten hinein ausputzen könne. Redner brauche noch jetzt seine auf einem der Aerztetage demonstrirten Pinsel viel und sei mit der Wirkung derselben vollkommen zufrieden. — Die Conjunctiva liesse sich mit denselben rasch reinigen, der Reizzustand sei nach der Reinigung ziemlich stark, aber ebenso auch nach jeder anderen Methode, die energisch und rasch die Conjunctiva reini t. Nie trete darnach stärkere Keratitis ein. Recidive blieben jedoch nicht aus und müsse dann nochmals gereinigt werden. Die infiltrirten Partien der Conjunctiva müssten wie früher mit Cuprum gebeizt werden. Redner empfiehlt besonders die Abbürstung des Pannus crassus, der sich vollständig von dem darunter liegenden klaren Hornhautgewebe entfernen lasse. Es folge wohl stärkere Reizung, die jedoch in wenigen Tagen zurückgehe; es bilde sich ein dünnes Leukom. Noch in letzter Zeit habe Redner einen einschlägigen Fall so behandelt und ein sehr gutes Sehvermögen erzielt (0,3).

e) H e r r P r o f. D r. G. v. O e t t i n g e n: Die operative Behandlung des Trachoms sei älter als das Wort Trachom; die alten Weiber in Livland hätten mechanisch behandelt (mit zerstossenem Glas etc.). In Deutschland habe man stachlige Instrumente angewandt. Die mechanische — operative Behandlung sei in der Therapie des Trachoms als ein erfreulicher Fortschritt zu verzeichnen, doch man sehe auch hier, dass das Wort Ben Akiba's — «Alles sei schon einmal dagewesen», — Anwendung finde.

f) H e r r D r. E. J a e s c h e: Bei Pannus crassus sei es zweckmässig die Peritomie zu machen in dem Umfang der Affection, d. h. mit der Scheere die Conjunctiva vom Cornealrande abzutragen, mit dem convexen Messer die Oberfläche der Sclera nach der Peripherie hinstreifend zu reinigen. Man werde gut thun die Resultate dieses Verfahrens mit denen mittelst Abkratzung mit S c h r o e d e r'schem Pinsel erhaltenen zu vergleichen.

g) H e r r D r. H. T r u h a r t betont nochmals die radicale mechanische Behandlung. Die Curette habe vor anderen Instrumenten, namentlich den S c h r o e d e r'schen Pinseln den Vortheil, dass sie durch Kochen jedenfalls sicherer desinficirt werden könne. Bei Pannus crassus mit bindegewebiger Schrumpfung wolle Redner die Curette nicht empfehlen, die Erfolge seien jedoch bei der von ihm beschriebenen Methode dadurch schon günstigere, dass sie die Ursache des Pannus crassus fortschaffe und so der Entwickelung des Pannus crassus den Boden entzöge.

h) H e r r D r. I s r a e l s o n redet der Curette Truharts das Wort, er habe mittelst breiter Curette gute Resultate gesehen.

i) H e r r D r. M. v. M i d d e n d o r f f bezweifelt, dass sich mit der vom Collegen T r u h a r t empfohlenen Curette die in der Tiefe des Gewebes sitzenden Follikel entfernen liessen und empfiehlt warm die D o h n b e r g'sche Pincette: man solle nicht zu zart sein, sondern energisch zudrücken, es käme dann ein Ausweichen einzelner harter Follikel nicht vor. Nur für die auf der Unterfläche des Tarsus nahe am Lidrande sitzenden Follikel wolle er die Th. v. S c h r ö d e r'schen Pinsel oder die T r u h a r t'sche Curette angewandt wissen. Die K n a p p'sche Rollpincette sei nicht bequem, weil sie einen Zug nur in einer bestimmten Richtung gestatte; für die Augenwinkel sei sie nicht gut anwendbar und darum nach einigen Versuchen wieder verworfen und durch die D o h n b e r g'sche Pincette ersetzt worden.

k) H e r r D r. H. T r u h a r t spricht sich gegen die D o h n b e r g'sche Pincette aus, was auch Th. v. S c h r o e d e r gethan habe. Sie sei nicht zweckmässig, weil die relativ plumpen Branchen, insbesondere die glatten und harten Körner nicht fassen, sondern abgleiten.

l) H e r r D r. M. v. M i d d e n d o r f f: Die hier demonstrirte D o h n b e r g'sche Pincette entspreche nicht dem Modell; die hiesige sei klobig, die richtige, dem Modell entsprechende könne man ausgezeichnet anwenden. Was die Curette anlange, so scheine Redner dieselbe deswegen nicht für jeden Fall empfehlenswerth, weil man mit ihr nicht in alle Ecken und Falten hineinkommen könne.

4) Der Vortrag des H e r r n D r. J. M e y e r wird wegen vorgeschrittener Zeit auf die letzte Sitzung verschoben.

5 Die Mitglieder des Aerztetages begeben sich theils zu der in der Frauenklinik der Universität stattfindenden «Gynäkologischen Demonstrationen» des Herrn Prof. Dr. Küstner, theils zu den in dem Stadthospital stattfindenden «Chirurgischen Demonstrationen» des Herrn Dr. W. Zoege v. Manteuffel.

d. Z. Secretair: Dr. med. Ed. Schwarz.

Vermischtes.

— Am 24. Februar überreichten die in St. Petersburg lebenden Schüler des früheren Professors der Pathologie Dr. W. Paschutin (gegenwärtig Chef der militär-medicinischen Academie) demselben ein kunstvoll gearbeitetes Album mit Photographien seiner früheren Schüler und eine Dankadresse. Die Adresse enthält mehr als 40 Unterschriften, darunter Namen von 7 Professoren, 6 Privatdocenten, 3 Prosectoren, 2 klinischen Assistenten. Die Veranlassung zu dieser Dankadresse hat das 25 jährige Jubiläum, welches Prof. Paschutin im vorigen Jahre beging, gegeben. Da aber viele seiner ehemaligen Schüler in entfernten Gegenden des Reiches, im Kaukasus, in Turkestan, in Sibirien leben, so konnten die Photographien und Unterschriften derselben nicht früher beschafft werden. (Russk. Medizina).

— Zu Anfang dieses Jahres vollendeten sich 30 Jahre der literarischen Thätigkeit des Professors der Hygiene in Charkow, Dr. I. P. Skworzow. Seine ersten Erzählungen aus dem kaufmännischen Leben veröffentlichte er im Jahre 1864 in der in Astrachan erscheinenden Zeitung «Wolga».

— An der Charkower Universität haben sich die DDr. I. Tschujewski und M. Trachtenberg als Privatdocenten habilitirt, ersterer für Physiologie, letzterer für interne Medicin.

— Wie mehrere Tagesblätter melden, beabsichtigt der Dirigirende der kaukasischen Mineralbäder, wirkl. Staatsrath Prof. emer. Dr. Ssuschtschinski, von diesem Posten zurückzutreten. Als Candidaten für diesen Posten werden Dr. Joseph Bertenson (Oberarzt des Roshdestwenski-Baracken-hospitals) und Dr. S. A. Popow (Docent für Balneologie an der militär-medicinischen Academie und früherer Assistent Prof. Ssuschtschinski's) genannt.

— Prof. Dr. Kovacs in Budapest beging vor Kurzem das 25 jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Ovationen seitens seiner Schüler und Collegen zu Theil wurden.

— Dem Privatdocenten der Gynäkologie an der Bonner Universität, Dr. Krukenberg, ist der Professortitel verliehen worden.

— Verstorben: 1) Am 27. Februar in Jurjew (Dorpat) der emeritirte Professor der Chemie der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Schmidt, im 72. Lebensjahre. Mit C. Schmidt ist einer der wissenschaftlich hervorragendsten und beliebtesten Lehrer der früheren Dorpater Universität und einer der bedeutendsten Chemiker dahingegangen. Volle 45 Jahre hat der nunmehr Hingeschiedene ununterbrochen an der Dorpater Universität mit ungeschwächter Kraft und Ausdauer gewirkt und auch nach seiner Verabschiedung an dem wissenschaftlichen Leben der Stadt mit bewundernswerther Rüstigkeit und Geistesfrische theilgenommen (wurde er doch noch vor Kurzem zum Präsidenten der Naturforscher-gesellschaft gewählt!), bis ihn vor ca. 3 Wochen ein Herzleiden heimsuchte, das sich bald verschlimmerte und am 27. Februar seinem Leben ein Ziel setzte. — Am 1. Juni 1822 zu Mitau geboren, erhielt Sch. seine wissenschaftliche Ausbildung im Auslande, wo er auf den Universitäten Berlin, Giessen und Göttingen Pharmacie, Naturwissenschaften und Medicin studirte. Nachdem er 1844 in Giessen zum Doctor der Philosophie und im darauffolgenden Jahre in Göttingen zum Doctor medicinae promovirt worden, habilitirte Sch. sich 1846 als Docent in Dorpat, wo er bald die Professur der Pharmacie und nach Goebel's Tode die der Chemie erhielt, welche letztere er bis vor ca. 2 Jahren inne hatte. In diesen Stellungen hat der Verstorbene eine fruchtbare Thätigkeit auf verschiedenen Gebieten der Pharmacie, der Chemie, der Medicin und Geologie, entwickelt. Uns Mediciner interessiren vor Allem seine hervorragenden Arbeiten auf dem Gebiete der physiologischen Chemie, namentlich das klassische Werk «Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel; Mitau, 1852», welches er zusammen mit seinem noch jetzt lebenden Freunde, dem berühmten Dorpater Physiologen Prof. Friedrich Bidder, herausgab. Schmidt's Ruf als Chemiker war bald weit über die Grenzen der Ostseeprovinzen hinaus in die Gelehrtenwelt gedrungen, sodass er nach dem Tode Justus Liebig's zum Nachfolger desselben in Aussicht genommen wurde. Aber nicht nur als Gelehrter und Forscher, auch als Lehrer und Mensch genoss Sch. allgemeine Liebe und Achtung und wohl selten hat Jemand die allgemeinen Sympathien in dem Maasse besessen, wie er. Es werden ihm daher Alle, die zu ihm in Beziehung getreten, namentlich auch seine zahlreichen Schüler, unter denen gerade die Mediciner das grösste Contingent bilden, ein liebevolles und dankbares Andenken bewahren! 2) Am 7. Februar in Simferopol der frühere Militärarzt G. P. Tschabowski im Alter von 40 Jahren. Als Student der medico-chirurgischen Academie war er schon auf den Verbandplätzen in Montenegro thätig, später wurde er Militairarzt, bis ihn zunehmende Kränklichkeit zwang, die Praxis aufzugeben und auf sein Gut sich zurückzuziehen, wo er sich mit der Landwirthschaft beschäftigte. — 3) Im Gouvernement Chersson der freipracticirende Arzt Anton Janowizki im 45. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie, war J. während des letzten russisch-türkischen Feldzuges als Militärarzt und später als Landschaftsarzt im Kreise Tiraspol thätig. Der Verstorbene hat seine Frau mit 4 Kindern fast ganz mittellos hinterlassen 4) Am 17. Februar in Rostock der dortige Professor der Hygiene Julius Uffelman im 57. Lebensjahre. U. hat sich durch zahlreiche tüchtige Arbeiten über Hygiene der Ernährung einen Namen gemacht, unter denen das Werk «Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen», II. Aufl., 1891, welches er mit Dr. Munk gemeinschaftlich herausgab, besonders beachtenswerth ist. In letzter Zeit beschäftigte er sich mit Untersuchungen über die Cholera und Typhusbacillen und die Uebertragbarkeit derselben durch die Luft.

— Die Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau zählt, wie aus dem Rechenschaftsberichte derselben für das verflossene Jahr hervorgeht, gegenwärtig 44 wirkliche Mitglieder und 1 correspondirendes Mitglied. Zum Ehrenmitgliede wurde Dr. Carl Rauchfuss (St. Petersburg) erwählt. Die Gesellschaft hat im letzten Berichtsjahre 11 Sitzungen abgehalten, in welchen 30 Vorträge gehalten wurden. Im Mai 1893 erschien der erste Band der «Arbeiten der Gesellschaft», welcher die in den Sitzungen 1892—93 gemachten wissenschaftlichen Mittheilungen enthält. Für das nächste Decennium wurde Prof. Filatow zum Präsidenten, Dr. Alexandrow zum Vicepräsidenten, die DDr. Hippius und A. Ssokolow zu Secretären und Dr. W. Dreyer zum Cassirer gewählt.

— Der Präsident der medicinischen Gesellschaft in Konstantinopel und Ehren Leibarzt des türkischen Sultans, Dr. Sambako-Pascha, hat der hiesigen Militär-medicinischen Academie seine Werke, welche sich hauptsächlich auf die Lepra beziehen, zum Geschenk gemacht.

— Die in der Charkowschen chirurgischen Klinik als Praktikanten beschäftigten Studenten haben an die Wiener Universität ein Beileidstelegramm anlässlich des Todes Prof. Billroths gesandt.

— Die «Wiener klinische Wochenschrift», bekanntlich das Organ der Gesellschaft der Aerzte in Wien, hat fast eine ganze Nummer (vom 15. Februar) dem Andenken Prof. Billroth's gewidmet. Der Nekrolog ist von Prof. Gussenbauer (Prag) einem früheren Schüler des Verstorbenen, verfasst. Billroth war Ehrenmitglied von 32 ärztlichen Gesellschaften Universitäten und Academien in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, der Schweiz, Russland, England, Belgien, Italien, Rumänien, Serbien und Amerika. In Russland war der Hingeschiedene Ehrenmitglied der kaukasichen med. Gesellschaft, der Gesellschaft praktischer Aerzte in St. Petersburg, der russischen chirurgischen Gesellschaft, der Kiewer Universität und der militär-medicinischen Academie.

— Bei der militär-medicinischen Academie ist eine Abtheilung für Nervenkranke eingerichtet worden.

— Wie deutsche medicinische Blätter berichten, ist der bekannte Director des Surgeon General Office in Washington, Dr. Billings, mit den Angehörigen des verstorbenen Prof. Aug. Hirsch in Verhandlungen getreten behufs Ankaufs der ca. 10,000 Bände enthaltenen Büchersammlung desselben Es wäre für Berlin ein grosser Verlust, wenn diese für die Geschichte der Medicin werthvolle Bibliothek in's Ausland wanderte.

— An Beiträgen für das Semmelweis-Denkmal sind bis jetzt 8000 Gulden (davon 3000 Gulden aus Ungarn) eingegangen. Das Comité in Budapest hat beschlossen, für diese Summe auf dem Kirchhofe in Budapest ein Denkmal auf dem Grabe Semmelweis zu errichten, welches während des im Herbst dieses Jahres stattfindenden internationalen hygienischen Congresses eingeweiht werden soll.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Februar d. J. 6359 (201 wenig. als in der Vorwoche), darunter 256 Typhus — (17 wenig.), 755 Syphilis — (39 wenig.), 47 Scharlach (1 wen.), 28 Diphtherie — (7 weniger) 74 Masern — (8 wenig.), und 17 Pockenkranke — (7 weniger).



Vacanzen.

1. Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Koselsk (Gouv. Kaluga): im Kirchdorfe Dudino und im Städtchen Ssuchinitschi. Gehalt 1200 R. Adresse: «Козельская Земская Управа».

2. In der Stadt Sterlitamak (Gouv. Ufa) ist der Posten des Stadtarztes erledigt. Gehalt seitens der Stadt 700 R. jährl. Adresse: «Стерлитамакская Городская Управа».

3. Landschaftsarztstelle im Kreise Jurjew (G. Wladimir). Gehalt 1000 R. Die Meldung geschieht beim Landschaftsamte.

4. Es wird ein Arzt für den Flecken Wolpa im Gouv. Grodno gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker Sawadski.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. Februar 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
321	254	575	118	64	106	5	8	16	46	37	49	49	45	22	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 22, Scharlach 10, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 42, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März.

Дозв. ценз. Спб. 7 Марта 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 12. (24.) März **1894**

Sperminum-Poehl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung.

Von

Dr. Bubis.

(Fortsetzung).

Somit stellt das Spermin ein Element dar, das wahrscheinlich im ganzen Körper verbreitet und im allgemeinen Säftesystem des Organismus circulirt. Diese Annahme findet ihre Stütze in den Untersuchungen von Professor Poehl auch an den anderen Organen, z. B. an der Leber und Gehirn, in denen er einen dem Spermin sehr nahe stehenden, obwohl noch nicht rein dargestellten Körper erhalten hat. Die allgemeine Verbreitung des Spermins im Körper deutet schon allein mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass dem Spermin sowohl enorme physiologische, als auch wichtige therapeutische Bedeutung zukommt. Letztere Annahme, wie auch die Wirkungsweise des Spermin wird durch die von Prof. Poehl der Petersburger Academie der Wissenschaften [«Mélanges physiques et chimiques tirés du Bulletin de l'Academie Imperiale des sciences de St. Pétersburg t. XIII (lu le 22. April 1892)] ausführlich mitgetheilten chemisch-physiologischen Versuche zur Genüge bekräftigt und erklärt.

Prof. Poehl hat eben gefunden, dass das Spermin im Allgemeinen einen ausgesprochenen Einfluss auf die im Körper stattfindenden Oxydationsprocesse ausübt und die Eigenschaft besitzt, die durch verschiedene Momente herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes wieder herzustellen und die sogenannte «intraorgane Oxydation»[5]) zu fördern. Dieser Grundsatz wird durch folgende von Prof. Poehl aufgestellten Thatsachen bewiesen;

1) Metallisches Magnesium wird in Gegenwart von Spermin in einer wässrigen Lösung von Chloriden der Edel-, als auch anderer Metalle ($AuCl_3$, $Cu\ Cl_2$ etc.) stets in Magnesiumoxyd verwandelt (Diese Reaction geht mit Auftreten von Spermageruch vor sich).

Aeusserst geringe Mengen Spermin genügen, um sehr grosse Quantitäten von metallischem Magnesium auf Kosten des Sauerstoffs, der durch Zerlegung des Wassers sich bildet in das Oxyd zu verwandeln. Das Spermin scheint keinen unmittelbaren Antheil an der Reaction zu nehmen, sondern wirkt katalytisch[6]), indem die an sich sehr geringe Quantität des Spermins nur auf die Intensität des Processes Einfluss hat; letztere kann durch die Menge von Wasserstoff bestimmt werden, die während einer gegebenen Zeiteinheit bei dieser Reaction entwickelt wird. Dass die Intensität der Oxydation in keinem Verhältniss zu der in Gebrauch genommenen Sperminquantität steht, ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

	I.	II.	III.	IV.
Metallisches Magnesium in Pulverform	0,5	0,5	0,5	0,5
Lösung von $CuCl_2$ $(\frac{14}{1000})$	4 Cc	4 Cc	4 Cc	4 Cc
Wasser	50 Cc	50 Cc	50 Cc	50 Cc
Spermin	0,04	0,007	0,004	0
Ccm. des nach 24 St. gesammelten H. auf $T=0^0$ und $H=760$ mm. reducirt	432,52	431,59	432,98	65,80
Wasserstoff auf den nach 24 St. gemachten Zusatz von 3 Cc HCl (Sp. Gew. = 1,124) erhalten. Volumbestimmungen auf $T^0=0^0$ und $H=760$ mm. reducirt	25,84	25,98	26,14	394,24
Die Gesammtquantität des sich ausscheidenden Wasserstoffs	458,36	457,57	459,05	460,04

[5]) Unter «intraorganer Oxydation» verstehen wir Oxydationsprocesse, welche nicht auf Kosten des Sauerstoffs der Luft, sondern der Gewebe vor sich gehen.

[6]) Das Spermin spielt eine ähnliche Rolle, wie die Untersalpetersäure bei der Schwefelsäurefabrication; die Schwefelsäure bei der Aetherbildung, die Essigsäure bei der französischen Methode der Bleiweissfabrication, das Aldehyd bei der Bildung von Oxamid aus Cyan etc.



2. Die von Prof. Poehl ausgeführten Blutversuche[7]) ergaben folgende Resultate:

a) die Oxydationsfähigkeit des Blutes wird auf Zusatz von verschiedenen chemischen Verbindungen erhöht oder verringert.

b) Auf Zusatz von Spermin zu normalem Blut wird das Spectrum des letzteren nicht verändert, dagegen die Oxydationsfähigkeit desselben erhöht.

c) Die Gegenwart von Spermin neutralisirt mehr oder weniger die in den oben angeführten Fällen herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes.

d) Dieser Effect wird durch verhältnissmässig geringe Sperminquantitäten hervorgerufen. Die grössere oder geringere Quantität desselben beeinflusst blos die Schnelligkeit der Reaction, wobei letztere der zugesetzten Sperminmenge nicht entspricht.

e) Durch Abschwächung der Blutalkalescenz wird auch das Oxydationsvermögen des Blutes herabgesetzt. Die Wirkung der das Oxydationsvermögen des Blutes herabsetzenden Säuren, wird in gewissem Grade durch Spermin neutralisirt.

f) Durch Kohlenoxyd, durch welches die chemischen Eigenschaften des Hämoglobins modificirt werden, wird das Oxydationsvermögen des Blutes bedeutend herabgesetzt. Die Gegenwart von Spermin neutralisirt, obwohl auch verhältnissmässig langsam, die genannte Herabsetzung des Oxydationsvermögens. Nach Zusatz von Spermin zu dem von Kohlenstoffoxyd gesättigten Blute werden weder die spektroskopischen Eigenschaften des Blutes noch das Verhalten desselben zu reducirenden Reagentien verändert.

g) durch Chloroform und Stickstoffoxydul wird das Oxydationsvermögen des Blutes herabgesetzt auf Zusatz von Spermin aber wiederhergestellt.

h) Durch Zusatz von kohlensaurem Natron werden die Oxydationsprocesse des Blutes etwas beschleunigt, obwohl nicht in so bedeutendem Grade, wie durch Spermin. Da die Reaction in Gegenwart von Wasserstoffhyperoxyd vor sich geht, so ist es nach Prof. Schöne nothwendig den Einfluss des Alkali auf das Wasserstoffhyperoxyd in Erwägung zu ziehen.

i) Chlornatrium und Chlorammonium blieben indifferent.

j) Harnstoff, Allantoin und Leucin blieben auch indifferent.

k) Durch mehrere Leukomaine, harnsaures Natron und Galle wird das Oxydationsvermögen des Blutes herabgesetzt. Durch Gegenwart von Spermin wird diese Herabsetzung neutralisirt. Die Wirkung des Harns von verschiedenen Kranken auf die Oxydationsfähigkeit des normalen Blutes studirend, hat Prof. Poehl die Beobachtung gemacht, dass in einigen Fällen letztere durch Zusatz von Harn bedeutend herabgesetzt, in Gegenwart von Spermin aber wieder zur Norm gebracht wurde.

l) Durch Oxalsäure wird, wie überhaupt durch alle Säuren, die Oxydationsfähigkeit des Blutes herabgesetzt. Bei Gegenwart von Spermin wird diese Herabsetzung, obwohl auch langsam, neutralisirt.

m) Durch Chinin und Morphin wird das Oxydationsvermögen nicht abgeschwächt; durch Chinin wird dasselbe sogar etwas erhöht.

n) Piperazin[8]) besitzt nicht die Eigenschaft, die herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes zu erhöhen.

o) die Wirkung des Spermin auf Blut hat wahrscheinlich einen katalytischen Charakter, indem nämlich eine Veränderung des Spermins bei der Reaction auf die Oxydationsprocesse des Blutes nicht wahrnehmbar ist.

Somit ist aus allen diesen Beobachtungen ersichtlich, dass in einzelnen Fällen, wo die Oxydationsfähigkeit des Blutes unter der Einwirkung der genannten chemischen Agentien (Chloroform, Stickoxydul, freie Säuren, pathologische Urinbestandtheile etc.) künstlich herabgesetzt wird, diese Eigenschaft unter dem Einfluss des Spermins sich wieder einstellt, wobei das Blut bei Gegenwart des letzteren sich weder chemisch noch spektroskopisch verändert. Die die Oxydationsfähigkeit des Blutes herabsetzende Wirkung der benannten chemischen Agentien wird dadurch erklärt, dass das Blut durch dieselben sein Sauerstoffübertragungsvermögen einbüsst; durch Zusatz von Spermin aber wird das letztere wiederhergestellt und somit das Oxydationsvermögen des Blutes zur Norm gebracht.

3. Die von Prof. Tarchanow ausgeführten unten von uns in extenso angeführten Experimente an Thieren zeugen dafür, dass die Processe der intraorganen Oxydation unter Einwirkung von Spermin erhöht werden. Im Allgemeinen hat eben Prof. Tarchanow gefunden, dass das Spermin auf Thiere mit durchschnittenem Rückenmark oder durch Chloroform und Alkohol vergiftete tonische Wirkung ausübt. Nach Quinquand aber hat Durchschneidung des Rückenmarkes, nach Richet Alkohol- oder Chloroformvergiftung des Thieres — eine Verminderung der intraorganen Oxydationsprocesse zur Folge, die somit durch Spermin zur Norm erhöht werden können.

4. Vielfache in der weiterfolgenden Casuistik ausführlich angegebene klinische Beobachtungen verschiedener Aerzte haben übereinstimmend erwiesen, dass eine günstige, resp. tonische Wirkung des Spermin hauptsächlich in solchen Fällen zum Vorschein kam, wenn die Oxydationsprocesse im Organismus geschwächt waren, wie z. B. bei Anaemie überhaupt, bei Neurasthenie auf anaemischem Boden, bei Scorbut, Diabetes, Cachexien, beim grössten Theil der Erkrankungen, in welchen Autointoxicationserscheinungen auftreten, d. h. bei denen die Producte der regressiven Metamorphose der Eiweissstoffe sich im Organismus anhäufen, hierdurch die unzureichende Oxydation bekundend.

5. Harn-Analysen, vor und nach Sperminjectionen, haben die Wirkung des Spermin auf die Hebung der intraorganen Oxydationsprocesse dargelegt. Ein jedes Gewebe bedingt nämlich in Folge seiner Lebensthätigkeit die Bildung von Producten der regressiven Metamorphose, unter denen die Leukomaïne eine bedeutende Rolle spielen. Die Anhäufung dieser Producte in den verschiedenen Geweben ruft Autointoxicationserscheinungen hervor. Die Fortschaffung dieser Ausscheidungsproducte aus den Geweben wird zumeist durch die intraorgane Oxydation bewerkstelligt, indem die Leukomaïne entweder vollkommen verbrennen, oder in Verbindungen (Xanthin und Kreatingruppe) verwandelt werden, welche geeignet sind, durch die Nieren ausgeschieden zu werden. Da der Harnstoff bekanntlich ein Endproduct der Oxydation der Eiweissstoffe bildet, so bietet uns das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Stickstoff des Harnstoffs

[7]) Die Blutversuche von Prof. Poehl beruhen auf der Verwendung der modificirten Van-Deen'schen Reaction zum Nachweise der Oxydationsfähigkeit des Blutes dem Guajakharz gegenüber. Die Versuche wurden so ausgeführt. Sehr verdünntes Blut wurde mit Chloroformwasser (oder irgend einer anderen Lösung, welche die Oxydationsfähigkeit des Blutes herabsetzt) versetzt. Die Mischung wird in zwei Probecylinder gegossen und in einen der Cylinder wird Sperminlösung hinzugesetzt. Darauf erfolgt Zusatz von gleichen Mengen Guajakholztinctur (ziemlich concentrirte alkoholische Tinctur, die vor Lichtwirkung geschützt sein muss). Der Zusatz von Guajaktinctur muss so gross sein, dass das Guajakharz eine dichte milchige Trübung giebt. Nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxydlösung in beide Cylinder tritt deutliche Bläuung des Guajakharzes dort auf, wo Spermin zugesetzt war; im anderen Cylinder tritt je nach dem Stadium der herabgesetzten Oxydation entweder gar keine oder grünlich bläuliche Färbung auf. Beim Vergleich der Färbungen in den beiden Cylindern ist der Unterschied leicht wahrnehmbar.

[8]) Piperazin ist bekanntlich von der Berliner chemischen Actiengesellschaft in den Handel unter dem Namen von Spermin eingeführt und wird bis nun noch von mehreren fälschlicherweise als identisch mit Spermin angesehen.

einen Ausdruck für die Energie der Oxydationsprocesse im Organismus. Nach Spermininjectionen nähert sich dieses Verhältniss meistentheils der Einheit. Gewöhnlich ist das Verhältniss vom Gesammt-N zum N des Harnstoffs wie 100:85 bis 100;95; in manchen Fällen auch geringer; nach den Sperminiujectionen wird eine Erhöhung dieses Verhältnisses erzielt; in einem Falle ergab sich sogar eine Steigerung von 100:73 vor den Injectionen, auf 100:97 nach andauernder Sperminbehandlung [9]).

In einer langen Reihe von Beobachtungen hat Prof. Poehl Leukomaine, d. h. die durch mangelhafte Oxydation in den Geweben angesammelten Producte der regressiven Metamorphose im Harn als Phosphorwolframiate bestimmt, wobei es sich erwiesen hat, dass durch die Sperminiujectionen zweierlei erzielt wird: 1) entweder eine directe Vermehrung des Harnstoffs mit gleichzeitiger Verringerung der Leukomainmenge, oder 2) anfangs eine Vermehrung der Leukomainmenge, ohne wesentliche Veränderung des Harnstoffquantums, worauf eine Vermehrung des Harnstoffs mit gleichzeitiger Verringerung der Leukomaine folgt.

Besagte Einwirkung des Spermin auf die Leukomaine erklärt uns gewisse therapeutische Resultate bei Autointoxicationen und steht in völligem Einklang, sowohl mit dem Grundbegriff über die Leukomaine, als über deren Zusammenhang mit den intraorganen Oxydationen.

6. Schliesslich erhellt der Einfluss des Spermins auf die Oxydationsprocesse aus der Einwirkung desselben auf die biologischen Eigenschaften des Cholerabacillus, die darin besteht, dass die Reductionserscheinungen, welche die Entwickelung der Choleracultur begleiten, durch die Einwirkung von Spermin aufgehoben werden. Die Cultur der Cholera asiatica giebt nämlich in einem Medium, welches Spermin enthält, nicht die von Prof. Poehl zuerst entdeckte «Cholerarothreaction» [10]) verhält sich also in der nämlichen Weise, wie eine Cholera nostras-Cultur.

[9]) Die Menge des Harnstoffstickstoffs bestimmt Prof. Poehl folgendermaassen: zu 100 Ccm. des eiweissfreien Harns werden 25 Ccm. Salzsäure (spec. Gew. 1,134) zugesetzt, ferner 15 Ccm. Wasser und 10 Ccm. Phosphorwolframsäure (bereitet nach nachstehender Vorschrift), der Niederschlag d. h. das Phosphorwolframiat ist als Fällung der Leukomaïne zu betrachten; im Filtrat, welches sich zum ursprünglichen Harn, wie 1.5 zu 1 verhält. bestimmt man mit Br. Na O (resp. Mischung von 5 Theilen Natronlauge (1:2) mit 1 Th. Brom) den Stickstoff des Harnstoffs.

Die Gesammtstickstoffmenge des Harns bestimmt. Prof. Poehl nach Kjeldahl-Henninger. Der Harn wird mit Schwefelsäure in Gegenwart von Phosphorsäure behandelt. Zu 25 Ccm. Harn werden 5—10 Ccm. einer Mischung von 10 Theilen conc. Schwefelsäure (1,84):1 Th. Phosphorsäureanhydrid zugesetzt und 12 Stunden erhitzt bis zur weingelben Farbe; dann wird etwas Wasser zugefügt, mit Natronlauge neutralisirt und bis auf 100 Ccm. mit Wasser verdünnt. Vier Ccm. dieser Lösung, entsprechend 1 Ccm. ursprünglichen Harns, werden im Ivon'schen Apparat mit der frisch bereiteten Mischung von 5 Theilen Natronlauge (1:2) und 1 Th. Brom behandelt und die ausgeschiedene N-Menge unter Beobachtung der bekannten Cautelen bestimmt.

Da es verschiedene Phosphorwolframsäuren giebt und im Handel häufig eine solche verabfolgt wird, die Harnstoff fällt (!), so muss man sich die Phosphorwolframsäure selbst bereiten und zwar nach Prof. Poehl's folgender Vorschrift: 105 Th. wolframsaures Natron werden mit 350 Th. Wasser und 105 Th. Phosphorsäure (spec. Gew. 1,13) gekocht und zur erkalteten Lösung werden 25 Th. Salzsäure (spec. Gew. 1,124) zugesetzt. Diese Phosphorwolframsäure entspricht allen Anforderungen zum Ausfällen der Leukomaïne aus dem Harn in Gegenwart von Salzsäure (conf. A. Poehl. Zeitschrift für medic. Chem. u. Pharm. (russisch), 1892. № 1, pag. 46).

[10]) Die Cholerarothreaction besteht in Folgendem: Zu einer Cholera asiatica Cultur wird Salzsäure zugesetzt, dabei bildet sich ein rother Farbstoff (Indolderivat), der mit Amylalkohol ausgeschüttelt werden kann. Die Bildung dieses Indolderivates hat Poehl mit der Fähigkeit der Cholerabacterien Reductionsprocesse auszuüben, resp. Ptomainbildung zu veranlassen, in Zusammenhang gebracht.

Auf Grund der 6 obenerwähnten Punkte kann mit Sicherheit der Schluss gezogen werden, dass die tonische Wirkung des Spermin hauptsächlich durch Erhöhung der intraorganen Oxydationsprocesse bedingt wird.

III. Physiologisch experimenteller Theil.

Auf Grund der Versuche mit dem von Professor **Poehl** dargestellten Spermin gelangt Professor **Tarchanoff** zu folgenden Hauptschlüssen:

1. In geringen und mässigen Dosen (0,01—0,04 g) zeigt das Sperminum-Poehl bei subcutaner Einführung an Fröschen eine schwache Totalwirkung; dieselbe offenbart sich durch eine Verfärbung der Haut an der Injectionsstelle. Es wurde stets ein Hellerwerden der Hautfarbe am Rücken beobachtet, entsprechend der Lage des Rückenlymphsackes, in welchen das Spermin gewöhnlich eingeführt wurde Ausserdem wurde bei unverändertem oder unbedeutend geschwächtem Säurereflex Erhöhung der Tactilreflexe beobachtet. Die erwähnte Wirkung verschwand spurlos nach Verlauf mehrerer Stunden. Die gleiche Dosis von 0,01 g bis zu 0,04 g rief weder bei Vögeln, noch bei Säugethieren (Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen) eine unmittelbare objectiv wahrnehmbare Wirkung hervor.

Bei Dosen über 0,04 bis zu 0,05 g trat bei Fröschen eine immer schärfer gekennzeichnete deprimirende Wirkung auf, in Form einer intensiven Schwächung der Säure- und Tactilreflexe, Unbeweglichkeit der Versuchsthiere, bedeutend verlangsamte Athmung, sowie weniger deutlich ausgeprägte Verlangsamung der Herzthätigkeit. Dieser Zustand hält um so länger an, je mehr Spermin eingeführt ist, er führt jedoch bei Fröschen selbst unter Anwendung grösserer Dosen (0,3 g Spermin) zu keinem letalen Ausgang; Kaninchen, Hunde und Meerschweinchen vertragen ausgezeichnet Dosen von 0,4 sogar 0,5 g, selbst bei directer Einführung in's Blut. Zudem zeigen Säugethiere durchaus keine Depressionserscheinungen, und nur bei Vögeln (Tauben) trat bei Dosen von 0,2 g und mehr Somnolenz, sowie Störung der Gleichgewichtslage ein: sie schwanken nach beiden Seiten hin und fallen bald rückwärts, bald vornüber. Diese Erscheinungen verschwinden jedoch sämmtlich nach längerer oder kürzerer Zeit. somit erscheint das Spermin bei Thieren als ein wenig toxisches Mittel, welches eine Dosirung in weiten Grenzen zulässt, ohne die Gefahr tödtlicher Intoxication nach sich zu ziehen.

2) Spermin wirkt auf Thiere nicht als Stimulans auf den Geschlechtstrieb, ebensowenig auf die Erection des Penis; wenn die Männchen der Frösche bei gewissen nicht deprimirend wirkenden Dosen grössere Neigung zum Umfangen der ihnen nahe gebrachten Weibchen bekunden, so ist dieses am richtigsten auf Erhöhung der Tactilempfindung zurückzuführen.

3. Das Spermin erhöht dem Anscheine nach die Lebenskraft von Thieren mit durchschnittenem Rückenmark. So sehen wir, dass Frösche, denen Spermin injicirt ist, nach Durchschneidung des Rückenmarkes unterhalb der Medulla oblongata weniger schnell die Säure- und Tactilreflexe verlieren, als die Controlfrösche, welchen nur physiologische Salzlösung eingeführt wurde. Die letztere wurde eingeführt, da das Sperminum-Poehl gleichfalls in physiologischer Lösung angewandt wurde.

Das Gesagte ist nicht in dem Sinne aufzunehmen, als ob alle sperminisirten Frösche länger am Leben bleiben, als die Controlthiere, es soll nur darauf hinweisen, dass der Procentsatz der am Leben bleibenden in der ersten Kategorie ein höherer ist. Die gleiche Erscheinung ist im Allgemeinen an drei Paaren Meerschweinchen und einem Rattenpaare beobachtet worden, denen das Rückenmark in der Höhe des ersten Kreuzwirbels total durchschnitten war. Aus der Zahl dieser vier Paare von Versuchs-



thieren überlebten die mit Spermin behandelten in drei Fällen die Controlthiere, denen nur physiologische Kochsalzlösung unter die Haut eingeführt war, während nur eines der sperminisirten Meerschweinchen früher crepirte, als sein mit Salzlösung behandelter Gefährte, und zwar in Folge eines an der Injectionsstelle entstandenen Abscesses.

An den sperminisirten Versuchsthieren ist ferner noch Folgendes beobachtet worden: Leichterer Verlauf der Wundheilung, sowie schnelleres Vernarben der Wunden, grössere Trockenheit und Sauberkeit des Hintertheils in Folge geringer entwickelter Paralyse der Schliessmuskeln der Blase und des Mastdarms im Vergleiche zu den mit Salzlösung behandelten Controlthieren; endlich traten bei zwei sperminisirten Meerschweinchen, welche die Operation um mehrere Monate überlebten, überhaupt keine Anfälle von künstlicher Epilepsie auf, während sich derartige Anfälle bei dem mit Kochsalzlösung behandelten Controlmeerschweinchen täglich mehrere Mal wiederholten.

Wenn diese Erscheinung nicht das Resultat des zufälligen Zusammenwirkens verschiedener anderer Momente ist, so dürfte es als ein weiterer Beleg für die Erhöhung der Lebenskraft der Nervenelemente unter der Wirkung des Spermins dienen.

4. Der Gedanke einer Erhöhung der Lebensfähigkeit (der Resistenz) der Nervenelemente, welcher als Hypothese bei den in Punkt 3 angeführten Versuchen entstanden war, wurde auf anderem, directem Wege an strychninisirten und chloroformirten Thieren geprüft.

Es wurde speciell Strychnin gewählt, weil es in seiner Eigenschaft, als ein Gift, die Centra des Rückenmarkes schwächt bis zu vollständiger Aufhebung des normalen Widerstandes (wo zum Theil die Zweckmässigkeit der Cerebrospinalreflexe bestimmt wird); das Chloroform hingegen fand hauptsächlich wegen seiner Wirkung auf das Gehirn Verwendung, dessen Thätigkeit es paralysirt. Wenn wirklich das Spermin die Lebenskraft des Organismus erhöht, so müssen die sperminisirten Thiere der Wirkung dieser Gifte grösseren Widerstand leisten, als die mit Kochsalzlösung behandelten Controlthiere. Nach angestelltem Versuche erweist sich diese Annahme als wahr: mit 0,04 g Spermin, das in den Rückenlymphsack eingeführt wurde, behandelte Frösche vertragen sehr gut 0,06—0,07 mg Strychnin. sulfur., welches wir ebendahin einspritzten, während die Controlfrösche nach 20—30 Minuten in typischen Starrkrampf verfallen; das gleiche Resultat erreicht man auch in dem Falle, wenn eine Mischung, bestehend aus Spermin- und Strychninlösung, in den obengenannten Quantitäten hergestellt und in den Rückenlymphsack eingeführt wird — Vergiftung und Tetanus treten in diesem Falle gar nicht ein, während die Controlfrösche, denen eine Mischung von physiologischer Kochsalzlösung und Strychnin eingeführt ist, nach einiger Zeit in Krämpfe verfallen.

Unvergleichlich schwächer wirkt das Spermin als Antitetanicum, wenn es nicht in denselben Lymphsack eingeführt wird, wie auch das Strychnin, in diesem Falle wird die Intoxicaton selten beseitigt, sondern nur verlangsamt; der Grund hierzu ist wohl darin zu suchen, dass das Spermin ausser seiner Gesammtwirkung noch eine locale besitzt; es ist nämlich beobachtet worden, dass die Einführung von Spermin in den Lymphsack den Andrang einer Menge von Leukocyten zu demselben im Gefolge hat, welche das Strychnin, wie es den Anschein hat, paralysiren und das Nervensystem zum Theil bis zu einem gewissen Grade vor der schädlichen Wirkung des Giftes bewahren. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass das Spermin auch auf das centrale Nervensystem der Frösche antitetanische Wirkung ausübt, da nach Einführung gewisser Mengen Spermin direct ins Blut (in den Arcus aortae) in einen beliebigen Lymphsack eingespritztes Strychnin (0,06 mg) oft vollständig wirkungslos bleibt.

Diese antitetanische Wirkung des Spermins beruht jedoch nicht auf einer Herabsetzung der Irritabilität der Rückenmarkscentren, wie es z. B. beim Hydrastinin, Chloralhydrat u. A. der Fall ist, da Dosen von 0,04 g die tactile Empfindlichkeit sogar steigern können. Aus diesem Grunde kann das Spermin nicht als wirkliches Antidot des Strychnin betrachtet werden, sondern nur als eine Substanz, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus äusseren schädlichen Einflüssen gegenüber erhöht.

Aus den mit Chloroform angestellten Beobachtungen geht hervor, dass die sperminisirten Frösche der paralysirenden Wirkung des Chloroforms länger widerstehen, die Narkose leichter ertragen und dabei geringere Störungen der Herzthätigkeit zeigen, als die normalen Controlfrösche. Deswegen vertragen die ersteren anch grössere Dosen Chloroform, als die Controlthiere; dieser Schluss findet im Allgemeinen auch auf die Hunde Anwendung. In den mit Strychnin und Chloroform angestellten Experimenten spielen die anorganischen Verunreinigungen des Spermins keine Rolle, wie durch Controlversuche erwiesen ist.

5. In mässigen und starken Dosen ruft das Spermin bei Fröschen Verlangsamung und Verstärkung der Herzthätigkeit hervor; bei Hunden tritt diese Wirkung zugleich mit einem Steigen des Blutdruckes durchaus nicht beständig auf; in den meisten Fällen blieben selbst sehr grosse Dosen von 0,4 g bei graphischer Darstellung der Wirkung ohne jeglichen Einfluss auf das Gefässsystem.

6. Neugeborene Hunde und Meerschweinchen vertragen leicht Spermin bei subcutaner Einführung desselben in Quantitäten von 0,02 g über einen Tag, selbst im Verlaufe von 2 bis 3 und mehr Monaten. Hierbei stellte es sich heraus, dass die sperminisirten Hunde und Meerschweinchen meistens grössere Zunahme an Gewicht und Körpergrösse zeigten als die Controlthiere aus demselben Wurfe. Das Blut der sperminisirten Thiere zeigte in Bezug auf die morphologischen Elemente desselben keine Abweichung von der Norm.

Somit erhellt aus den oben angeführten Thierversuchen von Prof. Tarchanow, dass das Spermin ein Tonicum ist, das die Widerstandsfähigkeit des Organismus äusseren Schädlichkeiten gegenüber erhöht; diese Eigenschaft des Spermins steht im vollkommenen Einklange mit der von Dr. Poehl dargelegten chemisch-physiologischen Erklärung der Wirkungsweise des Spermins.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

P. Konowaloff: Käufliche Pepsine im Vergleich zum normalen Magensaft. [Dissertat. St. Petersburg 1893. (russisch)].

Das Studium des natürlichen Magensaftes und der darin enthaltenen Fermente war bis jetzt sehr schwer und hatte bei verschiedenen Autoren ungleiche Resultate geliefert. Der Grund hierzu lag in der Unmöglichkeit den Magensaft rein, ohne Beimischung von Schleim, Speiseresten etc. zu erhalten. Erst der von Pawloff und Schumowa-Simanowskaja 1890 erbrachte Nachweis, dass die Abscheidung der Secrete der Magendrüsen durch Erregung vom Centralnervensystem her geschehe, wurde eine Methode geschaffen, die reinen Magensaft in einer zur Untersuchung genügenden Quantität lieferte. Diese Methode beruht in der Erregung der Magendrüsen vom Gaumen her, durch die sogenannte vermeintliche Fütterung. Hierunter versteht man das Schlucken des Futters bei Thieren, (geeignet sind hierzu Hunde) welches aber sofort durch eine Oeffnung, die am oberen Ende der Speiseröhre angebracht ist, herausfällt, ohne in den Magen zu gelangen. Zuerst wird bei den

Thieren eine Magenfistel angelegt und dann die Oeffnung an der Speiseröhre. Nach 10—15 Tagen kann die Abscheidung des Magensaftes beginnen. Richtet man es so ein, dass diese Operation stets 12—15 Stunden nach der Fütterung geschieht, so findet man den Magen gewöhnlich ganz leer, oder er enthält nur noch Reste vom Brod, die durch Spülung mit Wasser leicht entfernt werden können. Der Hund bekommt nun in kleine Stücke geschnittenes Fleisch, das er gierig schluckt, welches aber aus der Speiseröhrenöffnung wieder herausfällt. Nach 5—10 Minuten beginnt der Magensaft durch das Fistelrohr zu fliessen und bei einstündiger Dauer erhält man durchschnittlich 217,7 Ccm. Magensaft. Bei Wiederholung nach 48 Stunden verträgt der Hund diesen Verlust ohne jeglichen Schaden für die Gesundheit. Nach dem Filtriren ist der reflectorisch abgeschiedene Magensaft vollkommen klar und farblos, hat einen angenehmen, sauren Geschmack, keinen Geruch und ist beliebig lange haltbar. Sein spec. Gew. beträgt 1,00478, der Trockenrückstand 0,478 pCt., der Säuregehalt 0,544 pCt. HCl., der Pepsingehalt 0,15 pCt. Die verdauende Kraft wurde nach der Methode von Mett (am in Glasröhrchen coagulirten Eiweiss) zu 7,4 Mlm. ermittelt. Durch Verdünnung mit Wasser wurde die interessante Thatsache constatirt, dass die verdauende Kraft des Magensaftes bei 0,2 pCt. HCl. am höchsten war und nicht bei seiner gewöhnlichen Concentration von 0,5—0,6 pCt. HCl. Der Magensaft blieb wirksam, wenn der Säuregehalt nicht unter 0,016 pCt. fiel und 2 pCt. nicht überragte. Nimmt man an, dass das durch Alkohol gefällte Pepsin (0,15 pCt.) in der That das reine Ferment darstellt, so erhält man bei Verdünnung mit 0,3%iger HCl. noch eine Wirkung bei 0,00004 pCt. Pepsingehalt. Beim Vergleich der Wirkung des Magensaftes mit verschiedenen Pepsinsorten wurde constatirt, dass die letzteren nur 0,24 bis 0,9 pCt. Pepsin enthalten. Hauptsächlich bestehen sie aus Eiweisskörpern, die sich nicht selten im Zersetzungszustande vorfinden und die Anwendung des Präparates in zur Wirkung genügenden Dosen bedenklich machen. 1 Grm. des besten Pepsins (rossicum) entsprach in der Wirkung nur 6,0 Ccm. Magensaft, die schlechteren Sorten viel weniger (1,5 Ccm.). Die grossen Vorzüge des reflectorischen Magensaftes vor allen, auch den besten Pepsinsorten, besonders seine grosse verdauende Kraft, veranlasst den Verf. zu der Meinung, dass derselbe, sobald es nur gelingt ihn allgemein zugänglich zu machen, in der Therapie eine bedeutende Rolle spielen wird.

Kresling.

O. Schmiedeberg: Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. (Centralbl. für klin. Medicin Nr. 45, 1893).

M. Banholzer: Beobachtungen über die therapeutischen Erfolge des Ferratins. (Centralbl. für innere Medicin Nr. 4. 1894).

Bekanntlich findet sich das für die Blutbildung erforderliche Eisen, welches mit den Nahrungsmitteln dem Organismus zugeführt wird, in einer ganz besonderen organischen Verbindung; diese hat Bunge zuerst aus dem Hühnereidotter dargestellt und Haematogen genannt. Es ist nun dem Verf. gelungen diese Verbindung frei von anderen Beimengungen aus der Schweinsleber darzustellen; sie enthält 6 pCt. Eisen und wird von S. mit dem Namen «Ferratin» bezeichnet. Im Gegensatz zu den verschiedenen Ferro- und Ferrisalzen, dem Haemoglobin und dessen Derivaten, verursacht diese assimilirbare Eisenverbindung selbst bei längerem Gebrauch keine Störungen der Magen- und Darmfunctionen; sie scheint sogar auf diese heilsam einzuwirken, indem sie gelinde adstringirend wirkt und den schädlichen Schwefelwasserstoff bindet. Versuche an Hunden zeigen, dass das Ferratin bald in reichlicherem, bald in geringerem Maasse resorbirt wird, jedenfalls geht die Resorption langsam vor sich; grosse Gaben begünstigen die Resorption. Da das Ferratin in erster Linie als Nahrungsmittel anzusehen ist, so kann es in solchen Fällen Anwendung finden, wo die ersten Erscheinungen einer ungenügenden Ernährung und Blutbildung bemerkbar werden (Inanitionserscheinungen bei Kindern, beginnende Chlorose etc.). Es kommt als feines Pulver von roth-brauner Farbe in zweierlei Form in den Handel: im freien Zustande und als Natriumverbindung, letztere ist in Wasser löslich, (das Wasser muss kalkfrei sein) erstere nicht. Bei Kindern sind tägliche Gaben von 0,1—0,5 g. ausreichend, bei Erwachsenen 1,0—1,5 g. Besondere Diät ist bei Gebrauch von Ferratin nicht nothwendig, nur sind sehr stark saure Sachen zu vermeiden.

Auf der Klinik des Prof. Eichhorst wurden von Banholzer Versuche mit dem Schmiedeberg'schen Ferratin angestellt. In allen Fällen wurde der Haemoglobingehalt des Blutes und die Zahl der rothen Blutkörperchen bestimmt. Es ergab sich, dass bei chlorotischen und anaemischen Zuständen durch Verabreichung von 0,5 Ferratini 3 mal täglich — eine bedeutende Steigerung der Zahl der Blutkörperchen und des Haemoglobingehaltes erzielt werden konnte. Eine besonders günstige Beeinflussung erfährt die Chlorose. Bei allen mit diesem Präparate behandelten Patienten stellte sich bald reger Appetit ein; Beschwerden von Seiten des Verdauungstractus traten niemals auf; der günstige Einfluss auf das Allgemeinbefinden trat prompt ein.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. R. Kobert: Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Bd. IX, Verl. v. F. Enke. Stuttgart 1893.

Der neunte Band der alljährlich erscheinenden Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Jurjew (Dorpat) ist dem Director der chemischen Abtheilung des Kaiserlichen Institutes für experimentelle Medicin zu St. Petersburg, Prof. Dr. M. v. Nencki vom Herausgeber gewidmet. Es enthält fünf Abhandlungen mit drei farbigen Tafeln und umfasst 174 Seiten.

I. Alexander Samoiloff. Beiträge zur Kenntniss des Verhaltens des Eisens im thierischen Organismus.

Die wichtigen Ergebnisse, die die Arbeiten des pharmakol. Institutes zu Jurjew über die Schicksale des Fe im thierischen Organismus geliefert haben, verleihen den Publicationen dieses Institutes, die die Eisenfrage behandeln, ein besonderes Interesse. Durch Schaffung einer genaueren Methode der quantitativen Fe-bestimmung in thierischen Stoffwechselproducten und Organen und genaue Feststellung der normalen Tagesmenge des Fe (0,5--1,5 mg.) im menschlichen Harn (Damaskin) war dem Studium über die Resorbirbarkeit der verschiedenen Eisenpräparate eine solide Grundlage geschaffen und hat das Institut auf diesem Gebiete seitdem fleissig gearbeitet. In vorliegender Arbeit hat Verf. das Verhalten dreier Eisenpräparate im Organismus studirt. Bei subcutaner und intravenöser Application benutzte er das Hornemann'sche Ferrum oxyd. sacch. solubile, bei innerlicher Darreichung ausserdem noch das Ferrum oxychloratum der russ. Pharmacop. und das Kobert'sche Hämogallol. Als Versuchsthiere dienten Hunde, Katzen, Ratten und Frösche. Bei intravenöser Injection des Hornemann'schen Eisenpräparates bei Katzen, zeigte es sich, dass auch die ausgeschnittene Leber noch die Eigenschaft besitzt, Eisen aufzunehmen und festzuhalten. Bei lebenden Thieren wird das in's Blut gelangte Fe vor Allem in der Leber und Milz aufgehalten und zwar sind es in den ersten Stunden nach der Injection die Leberzellen selbst, die das Fe aufnehmen, während in den späteren Stadien in den Lebercapillaren Leucocyten auftreten, die das Fe in sich aufsaugen und die Leberzellen eisenfrei machen. Ob alles Fe erst durch die Leberzellen passiren muss, konnte nicht entschieden werden, ein Theil davon ging entschieden auf diesem Wege in die Leucocyten über, während der andere, vielleicht der grösste Theil, aller Wahrscheinlichkeit nach schon direct aus dem Blut von den Leucocyten aufgenommen wurde, die dann nur eine Zeitlang in den Lebercapillaren aufgehalten wurden. Anfangs ist das Fe in den Leucocyten in feinkörniger Form anzutreffen, später dagegen ist ihr Protoplasma vom Fe diffus durchtränkt. Die mit Fe beladenen weissen Blutkörperchen verlassen dann die Leber und gelangen in die Organe, welche die Function der Fe-Ausscheidung haben und hier kommt in erster Linie der Darm in Betracht. Die Abgabe des Fe seitens der Leber geschieht sehr langsam und da die Niere bei allen untersuchten Thieren in der späteren Periode der Fe-Vergiftung eisenfrei war, während Leber und Milz noch Fe enthielten, ergiebt es sich, dass sie keine Function bei der Fe-Ausscheidung hat. Auf welchem Wege die Leucocyten in den Darm gelangen, ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt. Bei der Abgabe des Fe an den Darm erhielt Verf. den Eindruck, dass die Leucocyten dabei durch gänzlichen Zerfall nicht zu Grunde gehen, sondern dass die feinen Eisenkörnchen, die überall um die Leucocyten anzutreffen waren, als Ausscheidungsproducte der letzteren aufgefasst werden müssen. Die Versuche an Fröschen bei subcutaner Injection liessen darauf schliessen, dass bei diesen Thieren dem ganzen Verdauungskanal die Function der Fe-Ausscheidung zukommt und zwar selbst dem Oesophagus und den Mundwandungen. Nach innerlicher Darreichung sehr grosser Dosen officineller Fe-Präparate wurde das Fe nur in ganz minimen Mengen in der Leber und Milz abgelagert und zwar des Ferr. oxychloratum mehr als des Ferrum oxydatum sacch. solub., was der stärkeren Reizfähigkeit des ersteren auf die Darmschleimhaut zuzuschreiben ist. Die Thatsache, dass von einigen Grammen genossenen Fe nur Bruchtheile eines Miligramms resorbirt werden und die Gefahr, der der Magendarmkanal dabei ausgesetzt ist, legt nach Verf. die Aussichtslosigkeit der gewöhnlichen Eisenmedication dar. Dagegen ergeben die Versuche mit Hämogallol seine vorzügliche Resorbirbarkeit. Legt man der Resorbirbarkeit des Fe die Summe



des in der Leber abgelagerten und des im Harn ausgeschiedenen Fe zu Grunde, so ergeben sich folgende Zahlen:

Vom Ferrum oxydat. sacch.	wurden	resorbirt	0,034	pCt.
» Ferrum oxychloratum	»	»	0,087	»
» Hämogallol	»	»	23,610	»

II. A. Lipski: «Ueber die Ablagerung und Ausscheidung des Eisens aus dem thierischen Organismus.

Diese Untersuchung betrifft die Ablagerungsverhältnisse des Fe im Knochenmark und in den Lymphdrüsen, sowie die Ausscheidungsverhältnisse desselben, wobei das Hauptgewicht auf die makro- und mikrochemische Untersuchung des Magendarmtractus gelegt wurde und Urin und Galle nur qualitativ auf Fe geprüft wurden. Neben Versuchen unter normalen Verhältnissen, wurden auch solche gemacht, wo der Gallenausfluss in den Darm durch Abbindung des Ductus choledochus verhindert war. Zur intravenösen Application diente auch hier das von den Versuchsthieren gut vertragene Hornemann'sche Fer. oxydat. sacch. solub. zur innerlichen Darreichung Haemogallol, Haemol und Zinkhaemol. Versuchsthiere waren Hunde, Katzen, Kaninchen und Frösche. Was das Knochenmark betrifft, so wurde festgestellt, dass das ins Blut gespritzte Fe ins Knochenmark gelangt. Da aber im Knochenmark die Blutcirculation nur äusserst langsam vor sich geht, und da die Capillargefässe keine eigenen Wandungen besitzen, so bleibt hier das Fe z. Th. in den Markzellen, z. Th. zwischen denselben stecken. Darauf beginnen die Leucocyten ihre Thätigkeit: sie beladen sich mit dem zugeführten Fe und verlassen das Knochenmark auf noch unbekannten Wegen, gelangen schliesslich in's Blut und auf diesem Wege in die Darmwand. Unter normalen Verhältnissen konnte im Knochenmark keine Fe-Ablagerung constatirt werden. Die Ansicht Kunkels und Zaleskis, dass die Galle der Hauptausscheidungsweg des Fe sei, konnte Verf. nicht bestätigen, da bei der qualitativ chemischen Untersuchung die Galle immer Fe-frei gefunden wurde und in Fällen, wo der Gallengang unterbunden war, war die Fe-Reaction der Darmwand ebenso intensiv wie in den Fällen wo derselbe nicht unterbunden war. Weiter fand Verf., dass die Ausscheidung des Fe schon in den ersten Stunden nach der Injection beginnt, wo das Fe z. Th. noch frei im Blute circulirt. Nur zu dieser Zeit findet auch die Ausscheidung durch die Niere in locker gebundener Form statt. Wie lange diese directe der Vermittelung durch Leukocyten nicht bedürfende Ausscheidung durch den Darm dauert, konnte nicht festgestellt werden. Im Widerspruch zu der Vermuthung Samoiloffs, dass nur die Lymphgefässe den Weg bilden, auf dem die allmählige Fe-Ausscheidung zu Stande kommt, erhielt Verf. den Eindruck, dass dieselbe vielmehr durch Blutgefässe stattfindet. Ein kleinerer Theil des in der Darmwand abgelagerten Fe wird durch den Lymphstrom in den Blutkreislauf zurückgebracht der dann aber von den Mesenterialdrüsen eine längere Zeit festgehalten wird. Ebenso speichern auch die Halslymphdrüsen einen Theil des Fe in sich auf. Die Versuche mit innerlicher Darreichung von Haemogallol, Haemol und Zinkhaemol ergaben ihre vorzügliche Resorbirbarkeit und vollkommene Unschädlichkeit. Die Thiere blieben während des Versuchs vollkommen wohl und nahmen einzeln sogar an Gewicht zu, trotzdem sie sehr grosse Dosen der Präparate erhielten und zwar auf Fe berechnet 29 — 161 mg. pro Kilo Körpergewicht. Bei diesen Thieren liess sich keine Fe-Ablagerung in den einzelnen Organen nachweisen, wohl aber eine Bereicherung an Parhaemoglobin.

III. A. Samoiloff: Ein Beitrag zur Pharmakologie des Silbers.

Um die Ausscheidungsverhältnisse des Silbers bei intravenöser Injection zu untersuchen, muss das Präparat ein solches sein, das mit Chlorverbindungen keine Niederschläge giebt. Anstatt des giftig wirkenden Arg. subsulfurosum benutzte Verf. das glycerinsaure Natrondoppelsalz des Silbers, das sogar mit gesättigter NaCl-lösung kein AgCl bildete und von den Versuchsthieren gut vertragen wurde. Bei subcutaner Injection dieses Doppelsalzes bei Fröschen wurde es unverändert durch den Darm ausgeschieden. Durch Unterbindung des Verdauungskanals in verschiedener Höhe gelang es festzustellen, dass lediglich die Mundschleimhaut des Frosches und zwar die Zunge, das subcutan injicirte Arg. glycyrrhizinum auszuscheiden fähig ist und dass letzteres dann weiter durch Schluckbewegungen nach unten befördert wird, den Magendarmkanal ohne resorbirt zu werden passirt und durch den Anus den Körper verlässt. Das in den Magendarmkanal eingeführte Arg. glycyrrhizinum wird vom Frosch absolut nicht oder wenigstens so gut wie nicht resorbirt. Nichtsdestoweniger gelingt es in der Leber der vergifteten Frösche Ag. nachzuweisen. Unter dem Mikroskop weist sie nämlich Erscheinungen auf, die als acute Argyrie zu deuten sind. Man findet in der Leber (Frosch, Hase) eine Menge mit Ag. imprägnirter Leukocyten, die ebenso wie bei der acuten Siderose als Metallträger erscheinen und den Organismus zu entgiften helfen. Auf Grund des Verhaltens der schwarzen Pigmentkörnchen der Argyrie gegen Cyankalium neigt Verf. zu der Ansicht, dass dieselben nicht aus metallischem Ag. bestehen, sondern eine eiweissartige Verbindung desselben repräsentiren. Auf die Herzthätigkeit ist das Arg. glycyrrh. fast ohne Einwirkung. Der Blutdruck wird beim Säugethier (Katze, Hund) herabgesetzt und zwar durch eine paralysirende Wirkung auf das Gefässnervensystem. In der Harnasche liess sich kein einziges Mal Ag. nachweisen, wohl aber ohne Ausnahme in der Leberasche, meistens auch in der Darm- und Nierenasche. Bei acuter Höllensteinvergiftung (Kaninchen) erhielt Verf. kein notorisches Bild, das an menschliche Argyrie erinnerte.

IV. A. Sacher: Zur Kenntniss der Wirkung der Zinksalze.

Aus der Wiedergabe der diesbezüglichen Literatur geht hervor, dass trotzdem die medicinische Anwendung vieler Zinkpräparate ihren Ursprung schon im Alterthum hat, dieses Metall pharmakologisch doch noch sehr wenig erforscht ist. Zu seinen Versuchen benutzte Verf das weinsaure Zinkoxydnatron und das Zinkalbuminat. Besonders entsprach das erstere in seinem Verhalten gegen das Blut allen den Anforderungen, die man an ein Präparat stellen muss, dessen Allgemeinwirkung auf den thierischen Organismus studirt werden soll. Nach subcutaner Injection bei Fröschen bestanden die Vergiftungserscheinungen in Parese der Extremitäten, Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, Trägheit und Mattigkeit. Bei Warmblütern (Hunden, Katzen, Kaninchen) erfolgte nach intravenöser Application Erbrechen und Durchfall, dann Mattigkeit, Apathie, Appetitlosigkeit und Lähmung der Extremitäten. Bei Application per os zeigten Kaninchen keine auffallenden Krankheitserscheinungen. Empfindlicher waren Katzen: ausser der Appetitlosigkeit, dem starken Erbrechen und Durchfall zeigten sie eine immer zunehmende Trägheit, Mattigkeit, Schwäche und hauptsächlich eine starke Abmagerung. Die Sectionen ergaben eine mehr oder weniger ausgesprochene locale Wirkung, hauptsächlich auf den Magen und den ihm benachbarten Darmtheil. In beiden Formen hatte das Zn. eine specifische Wirkung auf das Froschherz. In einer Concentration von 1 Zn auf 25,000 des normalen Blutgemisches hatte es schon eine schnell abtödtende Wirkung auf das Herz. Der Blutdruck wurde nicht beeinflusst. Auf die Gefässe übt das Zink eine erweiternde Wirkung aus. Sowohl auf die quergestreifte als auch auf die der Willkür nicht unterworfene Musculatur wirkt das Zn lähmend. Die Ausscheidung des Zn geschieht durch die Magen- und Darmschleimhaut. Ebenso erfolgt seine Resorption wahrscheinlich nur durch die Magendarmschleimhaut. Abgelagert wird es nur in den Knochen und auch hier nur in ungeheuer kleinen Quantitäten. Im pharmakologischen System ist das Zink seiner Wirkung nach neben das Kupfer zu stellen und gehört wie dieses zu den relativ wenig giftigen Metallen.

V. E. Grahe: Ueber die Einwirkung des Zinks und seiner Salze auf das Blut und den Blutfarbstoff.

Zur Darstellung des von Kobert entdeckten Hämoglobinderivats, des Zink Par-Haemoglobins, wird verdünntes, neutrales Blut mit Zinkstaub geschüttelt, wobei das Präparat als ein in Wasser unlöslicher Niederschlag erhalten wird. Nach eingehender Beschreibung dieser Methode ging Verf. zum Studium des Verhaltens des Blutfarbstoffes zu verschiedenen Zinkpräparaten über, wobei es sich herausstellte, dass das Zn-Par Hb. nicht allein durch Zinkstaub, sondern auch durch Zinkoxyd, Zinkhydrat und eine ganze Reihe von Zinksalzen, wie Zinksulfat, Zinkacetat, Chlorzink, etc. sowohl direct aus Blutlösungen als auch aus Lösungen des krystallisirten Oxyhaemoglobins dargestellt werden kann. Das vom Verf. dargestellte «nahezu» chemisch reine Zn-Par-Hb. enthielt im Durchschnitt 1,011 pCt Zn und 0,40 pCt. Fe. Ferner untersuchte Verf. den Einfluss, welchen das Einnehmen vom käuflichen Haemol, enthaltend 0,63 pCt. Fe, auf die Ausscheidung des Fe im eigenen Harn hatte. Im Ganzen wurden in 3 aufeinander folgenden Tagen 5 Grm. Haemol eingenommen, worauf die Fe-Menge des 24 stündigen Harns am 4. Tage der Eisenperiode um 166 pCt. gegen den Durchschnittswerth der Normaltage anstieg. Hieraus folgert Verf., dass das Haemol ebenso wie das Haemogallol eine gut resorbirbare Fe-Verbindung darstellt und mit Erfolg bei Kranken mit Blutarmuth angewandt werden kann. Was die therapeutische Bedeutung des Zinkhaemols betrifft, so ist in Folge der relativen Ungiftigkeit des Zinks, dieses Präparat besonders bei derjenigen Form der Chlorose, bei welcher sich multiple kleine Darmgeschwüre finden, anwendbar. Hier würde das Präparat die Geschwüre adstringirend beeinflussen und durch den Fe-Gehalt blutbildend und damit heilbringend wirken. Ebenso würde das Präparat bei erschöpfenden Durchfällen, aus beliebigen Ursachen, zu empfehlen sein. In diesem Falle würde es erstens den Ausfall an Haemoglobin decken und zweitens stopfend wirken.

Kresling.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 23. August 1893.

1. Herr Kieseritzky demonstrirt ein Nieren-Carcinom beim Kinde.

Michael H., 2½ a. n., von gesunden Eltern stammend, entwickelte sich bis zum ersten Jahre gut. Nach Angabe der Eltern sei im Jahre 1892 zunächst Abnahme des Appetits und allgemeine Blässe zur Beobachtung gekommen; erst im April des drauffolgenden Jahres wäre eine circa apfelgrosse Geschwulst in der linken Seite des Leibes bemerkt worden, zugleich Durchfall, starke Schmerzen aber kein Fieber; ein veranlassendes Moment, Fall, Schlag, für die Entstehung des ziemlich schnell wachsenden Tumors können die Eltern nicht angeben. — Am 9. Juli a. c. wurde Vortragender consultirt und konnte folgenden Status aufnehmen: Kind, dem Alter entsprechend entwickelt. Musculatur und Panniculus adiposus reducirt. Auffallend ist die bleiche wachsgelbe Farbe des Gesichts und die Anämie der sichtbaren Schleimhäute. Bei der Adspection fällt eine Vorwölbung des Abdomens besonders der linken Hälfte auf, die im Stehen noch deutlicher wird. Der Nabel ist vorgewölbt, erweiterte Venen sind nicht vorhanden. Bei der Palpation fühlt man einen circa kindskopfgrossen, derben, die linke Bauchhälfte ausfüllenden Tumor, derselbe ist fast garnicht verschieblich, nirgends Fluctuation. Oberfläche nicht uneben. Vom Bogen der achten Rippe verläuft der Tumor nach unten median bis drei Finger breit oberhalb des Nabels, die Medianlinie um circa 3 Ctm. überragend. Hier bildet dieser Tumor in Nabelhöhe einen zungenförmigen Lappen, der nach aussen zur Spina ossis ilei superior anterior und hart an der Crista ossis ilei nach hinten gelagert ist. Die Ränder der Geschwulst sind nicht scharfkantig. In der rechten regio mesogastrica findet sich ferner ein circa apfelgrosser beweglicher unebener Tumor, der mit dem grossen nicht zusammenhängt. Ueber dem linken Tumor absolute Dämpfung bis auf einen ziemlich breiten von oben nach unten verlaufenden Abschnitt, wo bei leichter Percussion in rechter Seitenlage schwacher tympanitischer Schall nachweisbar ist. Die Inguinal- und Axillardrüsen sind nicht vergrössert; Herz und Lungen sind gesund, Lebergrenzen normal, Milzdämpfung in der Axillarlinie über dem Tumor nachweisbar. Wirbelsäule gerade, nicht druckempfindlich, Zunge belegt, kein Fieber, Puls beschleunigt; Bauchumfang 56 Ctm. Die nach einigen Tagen vorgenommene Untersuchung des Urins war in Bezug auf Eiweiss negativ, dagegen fanden sich sehr zahlreiche Krystalle von Harnsäure und harnsauren Salzen, keine zelligen Elemente, keine Blutkörperchen. Während der Krankheit soll keine Haematurie vorgekommen sein. Vom 9. Juli wechselnder Zustand, Oedeme bald stärker, bald schwächer; seit einer Woche wieder stärkere Schmerzen, Unruhe, Stuhl träge. Die Diagnose ergiebt sich aus der Lage des Tumors, seinem Verhältniss zu Darm, Leber und Milz. Differentialdiagnostisch zu erwähnen wären noch käsig entartete Mesenterialdrüsen, Hydronephrose und Psoasabscess.

2. Herr Robert Koch hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber das Carcinoma ventriculi ex ulcere peptico.

Vortragender bespricht an der Hand einer Krankengeschichte die Symptomatologie der Magencarcinome, die aus einem ulcus rotundum oder aus der Narbe eines solchen entstanden sind, führt den von Boas betonten Milchsäureexcess als diagnostisches Mittel zur Frühdiagnose der Magencarcinome an und glaubt, dass der von Kollmar, Rosenheim und Eisenlohr constatirte Befund — langes Erhaltenbleiben der freien Salzsäure bei den aus ulcus hervorgegangenen Magencarcinomen — einen langjährigen Streit einer befriedigenden Lösung entgegenzuführen im Stande sei; Vortragender ist der Ansicht dass bei den aus einem Ulcus und Ulcusnarbe entstandenen Magencarcinomen der Nachweis der freien Salzsäure längere Zeit, selbst bis einige Tage vor dem exitus letalis fortdauert, bei den anderen hört er bald auf. — (Der Vortrag ist publicirt in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 43. 1893).

Secretär: R. Koch.

Die Jahresversammlung des St. Petersburger ärztlichen Vereines zu gegenseitiger Hülfesleistung.

Dieselbe fand am 18. Febr. c. im grossen Saale des Stadthauses statt und hatten sich zu derselben 218 Mitglieder eingefunden.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrathes, Dr A. Ebermann wurden als Ehren-Präses gewählt Dr. Czezott und Prof. Ott. In Folge dessen, dass Dr. Czezott nicht anwesend übernahm das Präsidium Prof. Ott, worauf Dr. Ebermann einen kurzen Ueberblick über die Thätigkeit des Vereins im ersten Triennium verlas.

Hierauf folgte der Jahresbericht pro 1893, verlesen vom Secretair, Dr. O. Petersen.

Aus letzterem ergab sich, dass der Verein sich in erfreulicher Entwicklung befindet. Die Zahl der Mitglieder in St. Petersburg, die am 1. Januar 1891 — 579, 1892 — 616 betrug, ist im Verlaufe von 1893 auf — 795 gestiegen. Im verflossenen Jahre sind 9 Mitglieder gestorben, 5 ausgetreten und 87 neu eingetreten.

Gegenwärtig besitzt der Verein ausserdem 13 Filial-Abtheilungen, und zwar in folgenden Städten: Astrachan, Ssaratow, Wjatka, Jekaterinoslaw, Kostroma, Kamenez-Podolsk, Kursk, Nishnij-Nowgorod, Nikolajew, Nowgorod, Odessa, Charkow und Rostow. Die Zahl der Mitglieder der Filialen schwankt zwischen 16—143.

Materielle Unterstützungen wurden 1893 an Wittwen von Mitgliedern 2 mal zu 100 Rbl ertheilt, die Mutter des mit der «Russalka» untergegangenen Mitgliedes, Dr. Swertschkow erhielt ebenfalls 100 R. Ein College, Dr. Malzew in Mzensk, der durch eine Feuersbrunst all' sein Hab und Gut verloren, erhielt ebenfalls 100 R., sowie leihweise ohne Procente 200 R.

Die Mutter des an der Cholera verstorbenen Dr. Ssobolew erhielt 50 R. und verschaffte die Verwaltung dem Bruder des Verstorbenen freie Collegia an der Charkower Veterinär-Schule.

Ferner wurde in Folge der Bitte des Verwaltungsrathes an den Chef der Militär-Lehranstalten, General Machotin, der Sohn des verstorbenen Mitgliedes Podgajezki auf Kronskosten in ein Kadettenkorps aufgenommen.

Leihweise wurde verschiedenen Mitgliedern mit im Ganzen — 520 R. geholfen.

8 mal mussten die Bitten von Wittwen um Unterstützung zurückgewiesen werden, da ihre Männer nicht Vereinsmitglieder gewesen.

9 mal liefen Bitten von Mitgliedern ein, rückständiges Honorar von Patienten durch den Vereins-Advokaten einzutreiben. Darunter ist ein Fall dadurch von besonderer Wichtigkeit, dass der Patient vom Gericht gezwungen wurde, die 14 rückständigen Visiten mit je 3 R. zu entrichten.

Der Consum-Verein der Aerzte hat in Folge der Neuheit des Unternehmens manche Mängel aufzuweisen, in Folge dessen zu einer Reorganisation desselben geschritten wurde, die bereits vollendet ist. Im folgenden Jahre erhält jedes Mitglied den vollen Betrag des Rabattes, zahlt dafür aber beim Lösen des Billetes alljährlich 1 R. Gegenwärtig hat der Verein bereits 48 Lieferanten.

Die collective Lebensversicherung hat bisher wenig Theilnehmer gefunden.

Daher hat der Verwaltungsrath beim Verein eine Beerdigungskasse einzurichten und ist das Project bereits vom Mitgliede, Dr. Fischer ausgearbeitet.

Ferner hält der Verwaltungsrath, in Folge vielfacher Bitten von Mitgliedern es für zeitgemäss, die Frage über den Einfluss der unentgeltlichen Ambulanzen auf die Werthschätzung der ärztlichen Arbeitsleistung zur Discussion zu stellen und schlägt vor, eine Commission zu wählen, welche diese Frage bearbeitet und über das Resultat der nächsten allgemeinen Versammlung berichtet.

Schenkungen zum Besten der Vereinskasse sind bisher nur in geringen Beträgen eingelaufen, doch richtet der Verwaltungsrath die Aufmerksamkeit der Collegen auf diesen Punkt zur geneigten Berücksichtigung.

Während des V. Congresses russischer Aerzte hatte der Verwaltungsrath eine Sitzung, an welcher Delegirte der Zweig-Vereine Theil nahmen, um die Organisation der Beziehungen zum Hauptverein zu besprechen.

Ferner gelangte der Bericht des Rentmeisters Dr. A. Trojanow zur Verlesung, aus welchem ersichtlich, dass im 1893:

Die Einnahmen . . 3270 R. 42 Kop.
» Ausgaben . . 3240 » 49 »

betrugen (darunter für Ankauf von Werthpapieren — 1840 R. 78 Kop.).

Das Kapital des Vereins beträgt gegenwärtig 6330 R 25 Kop. (nominal — 6000 R.), ausserdem hat das Moltschanow-Kapital zur Unterstützung von Wittwen und Waisen der im Kampf mit Epidemien verstorbenen Aerzte die Höhe von 2141 R. 75 Kop. (nominal — 2100 R.) erreicht.

Um das Moltschanow-Capital noch zu erhöhen, wurde beschlossen auch in laufendem Jahre unter den Mitgliedern Sammelbücher zu vertheilen, der Vorschlag der Verwaltung auch pro 1894 den Beitrag auf 5 Rbl. zu fixiren abgelehnt, er beträgt somit von jetzt ab wieder nur 3 Rbl. pro Jahr.

Es folgt die Verlesung des Projectes der Beerdigungskasse, welches angenommen wurde und in Action

treten kann, sobald sich 200 Theilnehmer gefunden. (Es wird vorgeschlagen, dass jeder Theilnehmer alljährlich 3 Rbl. zahlt wofür zur Beerdigung 100 Rbl. ausgezahlt werden).

In die Commission zur Bearbeitung der Frage von den unentgeltlichen Ambulanzen wurden gewählt: DDr. Ebermann, Makawejew, Oppenheim, M. Manassein jun., W. Nikitin, J. Tuwim, Kuwshinski, Aerztin Posnanski und O. Petersen.

Hierauf folgt die Wahl des Verwaltungsrathes für das nächste Triennium. Es wurden mit grosser Majorität die früheren Mitglieder: Ebermann, Petersen, Trojanow, W. J. Afonasjew und Ssirotinin wiedergewählt. Zu Candidaten Netschajew, Ott, E. Pawlow und Slawjanski.

Zu Ehrenrichtern pro 1894 wurden gewählt: Dr. Kudrin, Dr. Mershejewski und das Ehrenmitglied Senator Koni. Als Candidaten sind zu notiren (haben jedoch nicht die nöthigen ²/₃ Majorität erhalten): Slawjanski, Multanowski und W. Manassein sen.

Vermischtes.

— Dem ehemaligen Hofmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. W. Higginbotham ist Allerhöchst der St. Wladimir-Orden II. Classe für besondere Verdienste um die hiesige Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern verliehen worden.

— In dem Gesundheitszustande Prof. Grube's (Charkow) ist nach einer Affection der linken Lunge, welche am 20. Feb. mit einem heftigen Schüttelfrost, hohem Fieber und nachfolgendem starken Kräfteverfall aufgetreten war, in der verflossenen Woche eine wesentliche Besserung eingetreten. Wie wir der örtlichen Zeitung «Jushny Krai» entnehmen, ist die Körpertemperatur jetzt normal, Puls 92—98; es haben sich Appetit und Schlaf eingestellt und das Allgemeinbefinden ist ein befriedigendes. Die Einschnitte am Arm sind verheilt, die Geschwulst ist geschwunden und die Beweglichkeit des Armes ist wieder hergestellt.

— Der bisherige Rector der Kasan'schen Universität, Prof. ord. wirkl. Staatsrath Dr. Woroschilow, ist von Neuem auf 4 Jahre in diesem Amte bestätigt worden.

— Zum Rector der Universität Tomsk ist an Stelle des Professors der Hygiene, Dr. Sudakow's, welcher um seine Entlassung von diesem Amte eingekommen war, der Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der genannten Universität, Collegienrath Dr. Kaschtschenko, auf 4 Jahre ernannt worden.

— Der jüngere Ordinator des hiesigen Elisabeth-Kinderhospitals, Collegienrath Dr. Lunin, ist zum älteren Ordinator des genannten Hospitals ernannt worden.

— Am 6. März beging der Professor der allgemeinen Therapie und Diagnostik in Moskau, Dr. M. P. Tscherinow sein 25-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm ein Album mit Photographien und eine Adresse seitens seiner Schüler und Verehrer überreicht wurde.

— Die kaukasische medicinische Gesellschaft hat den bekannten Botaniker Prof. A. N. Beketow in St. Petersburg zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Am 6. März feierte der Professor der Psychiatrie an der Moskauer Universität, Dr. Alex. Koshewnikow sein 25-jähriges Jubiläum als Professor. Die Moskauer Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater, deren Gründer und Präsident der Jubilar ist, veranstaltete ihm zu Ehren eine Festsitzung.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Moleschott auf dem Lehrstuhl der Physiologie in Rom ist Prof. Luciani aus Florenz berufen worden.

— Der Docent der Zahnheilkunde an der Berliner Universität, Dr. med. et philos. Miller, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. Miller, der seit der Errichtung des zahnärztlichen Instituts (im Jahre 1848) an der Berliner Universität an demselben wirkt, hat sich namentlich durch die Erforschung der Bakterien der Mundhöhle einen Namen gemacht. Die Gesammtergebnisse seiner einschlägigen Untersuchungen hat er in seinem Werke «die Mikroorganismen in der Mundhöhle» veröffentlicht.

— Prof. Dr. Münch ist als Präsident der Gesellschaft Kiewer Aerzte zurückgetreten.

— Dem Sanitätsrath Dr. Wicherkiewicz in Posen, welcher einen grossen Ruf als Augenarzt geniesst und zahlreiche Schriften über Augenkrankheiten in deutscher und polnischer Sprache veröffentlicht hat, ist der Professortitel verliehen worden.

— Am 7. März fand die Einweihung des bei der Station Udelnaja (an der finnländischen Bahn) erbauten, von Sr. Majestät dem Kaiser gegründeten Lazareth für ansteckende Krankheiten statt. Das neue Krankenhaus, welches 70,000 Rbl. gekostet hat, ist auf das zweckmässigste eingerichtet. Jede Räumlichkeit kann isolirt werden und hat einen besonderen Eingang. (Herold.)

— Spende zum 40 jährigen Dienstjubiläum. Uns geht die Mittheilung zu, dass der wirkliche Staatsrath Dr. med. Ernst v. Schroeder zum Andenken an seinen glücklich vollendeten 40 jährigen Dienst in der Marine sich veranlasst gesehen hat 3000 Rbl. der Verwaltung des Obermedicinalinspectors der Flotte vorzustellen, mit der Bitte, die Procente vom gespendeten Kapitale zur Unterstützung hilfsbedürftiger Wittwen von Aerzten des Seeministeriums zu verwenden, mit Hinzufügung von Bestimmungen, auf welche Weise dieser wohlthätige Zweck erreicht werden soll. Besagtes Project unterliegt noch der Allerhöchsten Bestätigung.

— Die Vorarbeiten des vom 1.—9. September d. J. in Budapest abzuhaltenden VIII. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie schreiten rüstig vorwärts. Das Programm des wissenschaftlichen Theils fand im Auslande eine überaus freundliche Aufnahme und es gelangen zahlreiche Zuschriften an das General-Secretariat, worin wissenschaftliche Fachmänner sowohl von einzelnen Theilen des Programms, als auch von der Gesammtheit der darin enthaltenen Fragen mit der grössten Anerkennung sprechen. Das Interesse, welches das Ausland dem Congress entgegenbringt, wird am besten durch jene 362 hygienischen und 78 demographischen, insgesammt also 440 Vorträge dokumentirt, welche schon bisher, also 6 Monate vor der Eröffnung des Congresses, ausschliesslich durch ausländische Gelehrte angemeldet wurden.

Die Zahl der Sektionen des Congresses ist um eine vermehrt worden. Unter dem Titel «Allgemeines Samaritaner-Wesen» hat sich nämlich als XX. Sektion der hygienischen Abtheilung der Samariter-Congress uns angeschlossen; derselbe wird die in dieses Gebiet gehörenden wichtigen Fragen hoffentlich endgültig erledigen; resp. es wird die Organisation dieser grossen internationalen Angelegenheit von hier ausgehen.

Das Interesse des Congresses wird erhöht und der Erfolg wesentlich gefördert werden durch den Umstand, dass die deutschen Eisenbahnärzte und die Gesellschaft der Leichenverbrenner ihre heurige Zusammenkunft im Anschlusse an den Congress in Budapest abhalten werden.

Schon bisher haben zahlreiche hervorragende Vereine, Stadtbehörden und Universitäten ihre Vertreter für den Congress bezeichnet.

Der Congress wird durch Se. Hoheit den Erzherzog Karl Ludwig persönlich eröffnet werden. Der Begrüssungsabend wird im Garten und Gebäude des Museums, dem klassischsten Platze der Haupt- und Residenzstadt, abgehalten werden. An einem Congresstage wird die Haupt- und Residenzstadt in sämmtlichen Sälen der hauptstädtischen Redoute einen Empfangsabend in grossem Styl veranstalten.

Der 6. September ist für kleinere Ausflüge reservirt.

Der Plan der nach dem Congress zu veranstaltenden Ausflüge ist erweitert worden, indem ausser der Reise nach Constantinopel und Belgrad Ausflüge nach Sclunecks, nach Agram-Fiume und nach Bosnien und der Herzogowina ins Programm aufgenommen wurden.

Prof. Dr. Koloman Müller General-Secretär.

— Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: der Oberarzt des St. Petersburger Posthospitals, wirkl. Staatsrath, Dr. Jakob Schulz, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 28. Februar in St. Petersburg der frühere Ordinator des Obuchowhospitals Alexander Schtschurow im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene war Arzt seit 1869. 2) Im Charkowschen Gouvernement der dortige Landarzt J. A. Romaschkewitsch im Alter von 62 Jahren. Der Hingeschiedene erfreute sich allgemeiner Liebe und Achtung und genoss einen ausgezeichneten Ruf als Diagnostiker und Praktiker, so dass gegen 200 Kranke an einem Tage sich bei ihm ärztlichen Rath holten. Oft wurde er auch in andere Gouvernements zu Kranken abgeholt. Die Praxis übte er bereits seit 40 Jahren im Charkowschen Gouvernement aus, bis er sich vor einem halben Jahre durch zunehmende Kränklichkeit genöthigt sah dieselbe aufzugeben. 3) Im Amurgebiet der Militärarzt W. P. Snamenski, der sich in einem Anfall von Delirium erschossen hat. 4) In New-York Dr. Bernhard Segnitz, einer der bekanntesten deutschen Aerzte in den Vereinigten Staaten, im 85. Lebensjahre am Schlage. Nachdem er in Würzburg, Heidelberg und Marburg seine medicinischen Studien absolvirt, war er Hausarzt des Barons Meyer Karl v. Rothschild und des Fürsten Isenburg Birstein, bis ihn 1848 seine Betheiligung an den politischen Unruhen zur Flucht nach Amerika zwang. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen. Er war der Erfinder eines Inhalators für Krankheiten der Athmungsorgane und ein eifriger Bekämpfer der Heirathen Schwindsüchtiger.

— Am 27. Februar n. St. feierte einer der hervorragendsten deutschen Balneologen, Sanitätsrath Dr. L. Lehmann in Bad Oeynhausen. seinen 70 Geburtstag in voller körperlicher und geistiger Frische. Der Jubilar war früher mehrere Jahre dirigirender Arzt an der Wasserheilanstalt Rolandseck und ist seit nahezu 50 Jahren an seinem jetzigen Wohnorte als Badearzt thätig. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Das Ministerium der Volksaufklärung ist, wie mehrere Tagesblätter melden, beim Reichsrath mit dem Gesuch um das Recht zur Erhebung besonderer Gebühren für die Prüfungen behufs Erlangung gelehrter Grade von Personen, die an der betreffenden Universität nicht studirt haben, eingekommen. Für die Prüfung auf den Grad eines Dr. med., Medicinalinspectors, eines Mitgliedes der Medicinalverwaltung und Provisors sollen 30 Rbl. erboben werden, für die eines Mag. pharm., Zahnarztes und Dentisten 20 Rbl., eines Apothekergehülfen 8 Rbl. und einer Hebamme 3 Rbl. Von diesen Gebühren sollen 20 pCt. den Specialmitteln der Universität und 80 pCt. den Examinatoren zufallen. Diese Maassregel soll auch auf die militär-medicinische Academie ausgedehnt werden, jedoch mit der Einschränkung, dass diejenigen Aerzte, welche behufs weiterer Ausbildung bei der Academie belassen werden, sowie die Militär- und Marineärzte welche der Academie speciell zur Erlangung der Doctorwürde zucommandirt werden, von diesen Zahlungen für die Prüfungen befreit werden.

— Die Zahlung der Subvention, welche die russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit seitens der Regierung bezog, ist auf weitere 10 Jahre verlängert worden.

— In Jalta haben sämmtliche Aerzte, welche bei der dortigen Gemeinschaft des Rothen Kreuzes angestellt waren, diese Stellung aufgegeben, weil die Präsidentin dieser Gemeinschaft Gräfin Kleinmichel, gegen den Beschluss der Aerzte, die Oberin der barmherzigen Schwestern, welche fast das ganze Personal durch ihr grobes Benehmen und ihre Willkürlichkeiten gegen sich aufgebracht hatte, zu entfernen, Protest eingelegt hat.

— An Stelle des verstorbenen Professors Aug. Hirsch, haben Prof. Dr. Gurlt und Privatdocent Dr. Posner in Berlin die Specialredaction des von Professor Rud. Virchow herausgegebenen «Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesammten Medicin» übernommen.

— Von Dr. Börner's Reichsmedicinalkalender für Deutschland (Jahrgang 1894), dessen ersten Theil wir bereits besprochen haben, ist uns nun auch der II. Theil zugegangen, welcher in einem stattlichen Bande von mehr als 800 Seiten die wichtigsten sanitären Gesetze und Verordnungen für das Gesundheitswesen des deutschen Reiches, die Organisation des ärztlichen Standes in Deutschland, die medicinischen Facultäten Deutschlands, Deutsch Oesterreichs, der deutschen Schweiz und der russischen Ostseeprovinzen, sowie die mit ihnen verbundenen klinischen Anstalten und wissenschaftlichen Institute, die Personalien des deutschen Civil- und Militär-Sanitätswesens, eine Statistik der Aerzte, Apotheken und Heilanstalten im deutschen Reiche und dergl. m. enthält. Wie in den früheren Jahrgängen, so hat auch in dem vorliegenden die Redaction sich bemüht, alle die Ergänzungen und Veränderungen, welche dieser Theil naturgemäss erfahren muss, zu beschaffen. Durch die Unterstützungen der Staatsbehörden und die Mitarbeit der Aerzte, ist es ihr gelungen, den Reichs-Medicinalkalender auf der anerkannten Höhe zu erhalten, so dass ihm wohl kaum ein zweites derartiges Unternehmen an die Seite gestellt werden kann. Bf.

— Die grösste Zahl von medicinischen Gesellschaften haben wohl die Vereinigten Staaten Nordamerikas. Nach dem «Brit. med. Journ.» existiren dort 1260 medicinische Vereine, davon allein im Staate New-York 175.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. März d. J. 6522 (170 mehr als in der Vorwoche), darunter 267 Typhus — (11 mehr), 785 Syphilis — (30 mehr), 40 Scharlach (7 weniger), 27 Diphtherie — (1 weniger). 67 Masern — (7 wenig.), und 17 Pockenkranke — (= d. Vorw.).

Vacanzen.

1. Landschaftsarztstelle im Kreise Ustjushna (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1200 Rbl Adresse: «Устюженская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle in der Stadt Worotynsk (Gouv. Kaluga). Gehalt 1000 Rbl. und Fahrtengelder 200 Rbl. Adresse: «Председателю Перемышльской Земской Управы».

3) Es wird ein Arzt für die Staniza Batalpaschinsk gesucht. Fixum 120 Rbl. jährlich bei freier Wohnung und Beköstigung. Die freie Praxis dürfte gegen 1200 R. einbringen. Adresse: «Баталпашинскъ, Кубанской области, въ аптеку Вавкъ-Рассагъ».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. Februar bis 5. März 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
350	316	666	118	59	142	19	7	13	38	66	45	56	58	28	17	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 10, Diphtherie 15, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. März.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.

Довв. ценз. Спб. 12 Марта 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 19. (31.) März 1894

Sperminum-Poehl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung.

Von

Dr. Bubis.

(Fortsetzung).

IV. Therapeutischer Theil.

a. Questionnaire.

Um den Vergleich zwischen Brown-Sequard'scher Emulsion und Spermin durchführen und somit den therapeutischen Werth desselben feststellen zu können, wurde an mehrere für die Spermintherapie sich interessirende Aerzte ein Questionnaire abgesandt, in welchem alle diesbezüglichen Fragen aufgeworfen und zur Beantwortung vorgelegt wurden. (Sitzungsprotokoll der St. Petersburger Medicinischen Gesellschaft, 26. Februar 1891 und cf. Pantschenko).

Die nach den Injectionen auftretenden Erscheinungen?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Brown-Sequard während der ersten 10—12 Stunden heftige Schmerzen, weiterhin das subjective Gefühl des Kräftigerwerdens und gesteigertes sowohl körperliches als psychisches Arbeitsvermögen (Variot, Villeneuve, Suzor, Crivelli, Mora, Mairet u. A.). Prof. Kostjurin hat in 7 Fällen nur 1 Mal Schmerzhaftigkeit beobachten können; nach Hausner verursacht die Emulsion der Meerschweinchen — keine, die der Kaninchentestikel sehr heftige Schmerzen. Tiktin, Hausner u. Rosenstein constatiren nach Injectionen Schmerzen und in 1 Falle Steigerung der Temperatur, ebenso auch Wiktoroff nach Kaninchenemulsion.

Sperminum-Poehl: Nach Maximowitsch (80 Injectionen), Tuluscheff, Rostschinin, Stange, Nensberg, Mrotschkowsky u. A. keine Schmerzen. Was das Gefühl des Kräftigerwerdens anbetrifft, so wurde dasselbe von Prof. Eulenburg (bei einem sehr erschöpften Tabetiker), Prof. Joffroy (bei 4 Tabetikern) und von mehreren russischen Aerzten: Wiktoroff, Huebbenet, Schichareff, Injasewsky, Kissel, Maximowitsch, Rostschinin, Tuluscheff, Philipps, Stange, Mrotschkowsky u. A. notirt.

Locale Erscheinungen?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Brown-Sequard — Röthe der Haut, Schwellung und locale Temperatursteigerung. Hausner, Tiktin und Rosenstein constatiren in einem von 230 Fällen Schwellung und entzündliches Oedem des Unterhautzellgewebes.

Sperminum Poehl: Alle Autoren einstimmig dafür, dass keine locale Reaction wahrnehmbar sei.

Wirkung auf das Nervensystem?

A) Locomotorische Functionen des Gehirns und Rückenmarks. Brown-Sequard an sich — rasches Treppensteigen, wie in jungen Jahren. Mehrere Autoren constatiren Verbesserung der Gangart und anderer motorische Functionen: Castel — bei Paraplegie, Sziscay und Suzor bei Marasmus, der letzte auch bei Gelenkrheumatismus, Mora und Brainard bei Ataxie, Kostjurin bei Tabes, Hausner und Tiktin bei rechtseitiger Hemiplegie (nach 7 Injectionen); dieselben Autoren mit Rosenstein zusammen in einem Falle von Apoplexie mit linksseitiger Hemiplegie, Wiktoroff in mehreren derartigen Fällen.

Sperminum Poehl. Verbesserung des Ganges, des Tremors, der Rigidität und anderer motorischer Störungen: Prof. Joffroy bei Ataxie nach 14 Injectionen, Fretin in einem Falle von Ataxie nach 5 Injectionen, Kazauroff bei Tabes (Verschwinden von Ptosis), Wiktoroff in einem Falle von Hemiplegia dextra nach 5 und von Tabes dorsalis mit einjähriger atakischer Paraplegie nach 3 Injectionen; weiterhin bei Myelomeningitis chronica kein Resultat (nach 4 Injectionen) und in einem Falle von Periencephalitis nach der 7. (Verschwinden des Tremors in den Händen) und 8. Injection (wiederhergestellte Spazierungsgewohnheit), Stange in 2 Fällen von Schreibkrampf: in einem Falle nach 20, in dem

anderen nach 15 Injectionen, Schichareff bei Rückenmarksaffection (nach 4 Injectionen), derselbe Autor mit Huebbenet bei Syphilitikern mit rechtsseitiger Hemiplegie, Sawitsch bei Ataxie und Rostschinin bei Hemiplegie (nach 2 Injectionen).

B) Wirkung auf Dauer und Intensität der Schmerzen?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Verschwinden der Schmerzen: Brainard bei Muskelrheumatismus und Neuralgia n. ischiadici, ebenso Suzor und Fremy-Hausner an sich bei Neuralgie. Hausner, Tiktin und Rosenstein bei einem Tabetiker auf die Dauer von 5 Tagen.

Sperminum Poehl: Fretin Aufhören der Schmerzen bei Ataxie, der Kopf- und Lendenschmerzen in 1 Falle von Neurasthenie. Rostschinin Aufhören der stenocardischen Anfälle bei einem Herzkranken (nach 10 Injectionen); dasselbe bei einem 60-jährigen Patienten mit Angina pectoris. Wiktorow Abkürzung der Dauer der Herzschmerzen und des Herzklopfens bei einem neurasthenischen Mädchen (nach 3 Injectionen). Nensberg an sich bedeutende Erleichterung bei sehr schmerzhafter Ischias. Schichareff und Huebbenet Abschwächung der rheumatischen Schmerzen in den Händen und Lendengegend (nach 2 Injectionen). Iwanoff Abschwächung der langjährigen Lendenschmerzen. Bukoëmsky Verschwinden sehr hartnäckiger 15-jähriger Lendenschmerzen. Finkelstein Aufhören der Schmerzen bei einem Tabetiker.

C) Wirkung auf die Functionen der Seh- und Gehörnerven?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Hausner, Tiktin und Rosenstein Besserung des herabgesetzten Sehvermögens bei Neuro-retinitis.

Sperminum Poehl. Kazauroff Besserung des Sehvermögens in 2 Fällen von Atrophia n. optici, ein Fall resultatlos. Bukoëmsky bedeutende Besserung des Gehörvermögens bei einem marantischen, 92-jährigen Patienten (nach 8 Injectionen).

D) Wirkung als Schlafmittel?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Besserung des Schlafes Brown-Sequard, Brainard, Suzor, Fremy.

Sperminum Poehl: Wiktoroff kräftiger Schlaf in einem Falle von Neurasthenie (nach 3 Injectionen); Sawitsch dasselbe bei einem 65-jährigen Tabetiker; bei einem anderen chronischen Rückenmarkskranken keine anhaltende Besserung. Schichareff Schlaf bei einer hysterischen Kranken nach 2 Injectionen; Fretin dasselbe bei einer an rheumatischer Ankylose leidenden 63-j. Patientin, Injasewsky bei einem schweren psychisch Kranken, Rostschinin bei einem neurasthenischen Mädchen nach 3 Injectionen, Finkelstein Besserung des Schlafes in einem schweren Falle von auf Anämie basirender Epilepsia spinalis. Bukoëmsky Schlaf bei schwerer Hysterie nach 4 Injectionen. N. Iwanoff eine Reihe analoger Beobachtungen.

Wirkung auf Muskelkraft?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Brown-Sequard an sich dynamometrisch gemessene Steigerung der Muskelkraft des Vorderarms. Variot Steigerung der Muskelkraft von 40 bis 50 Klg. Hausner, Tiktin und Rosenstein in einem Falle von organischer Gehirn- und Rückenmarksaffection Steigerung der Muskelkraft der Hand von 50 bis 55 Klg.

Sperminum Poehl: Schichareff und Huebbenet in einem Falle von durch Lues cerebri hervorgerufener rechtsseitiger Hemiplegie dynamometrische Steigerung der Muskelkraft an der linken Hand von 42 bis 52 Klg. (nach 2 Injectionen); in einem Falle von Psoriasis Steigerung der Muskelkraft an der rechten Hand von 22—28 auf 39 Klg. (nach 2 Injectionen), an der linken von 28—32 auf 48—50 Klg.; in einem anderen Falle Steigerung der Muskelkraft an der rechten Hand von 40—47 auf 48—50 Klg. und an der linken von 29—42 auf 48 Klg. (nach 2 Injectionen) und bei einer Kranken mit Lues gummosa Steigerung der Muskelkraft an der Hand von 28 auf 39 Klg. (nach 4 Injectionen). Fretin bei einer 63-jährigen, an rheumatischer Ankylose leidenden Patientin Steigerung der Muskelkraft von 14 auf 25 Klg. und in einem Falle von Ataxie Steigerung von 39 auf 55 Klg.

Wirkung auf die Functionen der Harnblase?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Brown-Sequard an sich selbst Regulirung des Harnlassens. Nach d'Arsonval in einem Falle Verschwinden der Incontinentia urinae. Nach Hausner, Tiktin und Rosenstein bei einem an organischer Rückenmark- und Gehirnaffection Leidenden Aufhören der Incontinentia urinae (nach 8 Injectionen); ebensolches Resultat in einem Falle von Hemiplegie.

Sperminum Poehl: Wiktoroff Regulirung der in Folge von Tabes 3 Jahre anhaltenden Störung des Harnlassens (nach 3 Injectionen); Fretin das gleiche Resultat in derselben Krankheit (nach 5 Injectionen). Schichareff Aufhören der Incontinentia urinae bei einem Rückenmarkskranken (nach 4 Injectionen).

Wirkung auf die Geschlechtssphäre?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Brown-Sequard, Variot, Brainard Wiederherstellung der verlorenen sexuellen Energie; nach Crivelli in einem Falle Aufhören der Spermatorrhoe und nach Mora Verminderung der Zahl der Pollutionen. Kostjurin, Tiktin, Hausner und Rosenstein befürworten die Wirkung der Emulsion auf die Geschlechtssphäre.

Sperminum Poehl: Nach Rostschinin Wiederherstellen und in einigen Fällen Steigerung der sexuellen Energie; Wirkung keine specifische, sondern partielle Folge der allgemein tonisirenden Sperminwirkung. Wiederherstellen der Geschlechtsfunction befürworten auch Wiktoroff, Philipps, Schichareff, Injasewsky u. A.

Wirkung auf die Darmfunctionen?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Brown-Sequard und Variot Beseitigung der Obstipation; nach Mairet bei einem Geisteskranken Aufhören der Incontinentia alvi. Nach Kostjurin, Wiktoroff, Tiktin, Hausner und Rosenstein Regulirung der Darmfunction und Besserung des Appetits.

Sperminum Poehl: Schichareff Wiederherstellung der Function bei einer sehr hartnäckigen Obstipation (nach 5 Injectionen). Wiktoroff das gleiche Resultat bei rechtsseitiger Hemiplegie (nach 13 Injectionen), bei Periencephalitis (nach 3 Injectionen) und noch in einem Falle sehr hartnäckiger Obstipation (nach 3 Injectionen); in einem Falle von Marasmus senilis (69 Jahr) seien seine Bemühungen fruchtlos gewesen. Finkelstein rasche Beseitigung der Obstipation in 2 Fällen von schwerer Anaemie; dieselbe Wirkung befürwortet auch N. Iwanoff.

Appetitwirkung wurde von Nikolsky, Philipps, Rostschinin, Fretin, Bukoëmsky, Finkelstein constatirt. In einem Falle von Marasmus senilis sah Wiktoroff keine Appetitwirkung.

Wirkung auf den Stoffwechsel im Allgemeinen und den Stickstoffwechsel im Speciellen?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach einigen Beobachtungen guter Erfolg bei Diabetes.

Sperminum Poehl: Nach Prof. Poehl Steigerung der Oxydationsintensität des Stickstoffwechsels. Nach Rostschinin wohlthuende Wirkung bei Diabetes (in einem Falle Verminderung, in einem anderen vollkommenes Verschwinden der Zuckerausscheidung).



Wirkung auf Herzthätigkeit, Frequenz und Energie des Pulses?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Mairet, Hausner, Tiktin und Rosenstein Regulirung der Herzthätigkeit.

Sperminum Poehl: Nach Philipps in einem Falle von Emphysema senilis mit asthmatischen Anfällen Aufgeben des Digitalis nach 2 Sperminijectionen. Regulirung der Herzthätigkeit wurde von Wiktoroff, Huebbenet, Schichareff, Injasewsky, Mrotschkowsky, Nikolsky, Rostschinin, Philipps constatirt.

Wirkung auf Oedeme?

Brown-Sequard'sche Emulsion: Nach Suzor Verschwinden der Oedeme in den Extremitäten und Gesicht bei Leprösen. Nach Mairet das Gleiche bei Geisteskranken.

Sperminum Poehl: Nach Philipps rasches Verschwinden der Oedeme bei senilem Emphysem. Schichareff und Huebbenet bedeutende Verminderung der Oedeme an den Beine bei einem Kranken mit Lues gummosa. Nach Rostschinin Verschwinden der Oedeme bei Herzfehler (nach 10 Injectionen) und der Stauungserscheinungen bei fettig degenerirten schwach arbeitenden Herzen.

b. Casuistik.

Um die therapeutischen Indicationen der Sperminijectionen feststellen zu können, betrachten wir das ziemlich reich gewordene casuistische Material, das wir zum grössten Theil Pantschenko entnehmen, auch seiner Eintheilung gemäss in folgende grosse Gruppen eingetheilt. [Pantschenko «Gegenwärtiger Stand der Sperminlehre (Sperminum Poehl) auf Grund von physiologischen Daten und Krankenbeobachtungen erörtert» (russisch)].

I. Nervenkrankheiten.

A. Neurasthenie.

Dr. Sawitsch. Besserung aller Symptome, des Appetits, der Herzthätigkeit.

Dr. Tuluscheff. Neurasthenie auf chlorotischer Basis mit Parese der Extremitäten und Verschwinden der Menstruation. Besserung.

Dr. Mrotschkowski. Neurasthenie mit Stenocardie. Besserung.

Dr. Maslennikow. Neurasthenie mit Oedem. Verschwinden des letzteren.

Dr. Schafranoff. Neurasthenie mit Agoraphobie; nach 24 Injectionen Verschwinden der Herzschmerzen, Heilung der Agoraphobie.

Dr. Schill. Ueberanstrengung des Gehirns (50 Jahre alt). 5 Injectionen resultatlos.

Dr. Böthlingk (3 Fälle). Pat. T. (Arzt) 68 Jahre alt. Mehrere Jahre anhaltende Kopfschwindelanwandlungen; allgemeine bedeutende Schwäche. Nach der ersten Injection — Steigerung der Herzthätigkeit (Puls um 6 Schläge frequenter) und nach der 8 — Aufhören der Schwindelanfälle. Nach 4 Monaten wiederum allgemeine Schwäche. die durch neu aufgenommene Injectionen rasch beseitigt wurde.

Dr. Moritz. Metallarbeiter. 49 Jahre alt. Hochgradige Neurasthenie; allgemeine Hyperästhesie; intensiv gesteigerte Reflexe; Kopfschwindel; Oxydationsintensität der Harnanalyse gemäss, herabgesetzt; allgemeine Schwäche. Nach 7 Injectionen Besserung. In einem anderen Falle 25-jähriger Glasbläser, hochgradige Neurasthenie in Folge von chronischer Urethritis; 25 Injectionen resultatlos.

Dr. Snakomzeff. 2 Neurastheniker. Anhaltendes Resultat.

Dr. Mertwago. Neurasthenische Schmerzen. Bedeutende Besserung.

Dr. Rostschinin. Pat. 24 Jahre alt. Anaemie. Gastrointestinalkatarrh, Ueberanstrengung, Schlafsucht, Seborrhoea, Acne, Impotenz. Nach Sperminijectionen Wiederherstellung der Darmfunction, Verschwinden der Acne, der Impotenz.

Dr. Schichareff. Ein Fall von Neurasthenie mit Agoraphobie, Claustrophobie, quälender Angst beim Uebergang aus einem dunklen in einen hellbeleuchteten Raum und umgekehrt. Nach 9 Injectionen (im Laufe eines Monats) 2 Monate anhaltender Effect; nach 3 neuen Injectionen bessere Wirkung als nach den 9 früheren.

Dr. Finkelstein. Patientin 28 Jahre alt. Anhaltende Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und hochgradige Verstopfung. Hochgradige Anämie und Schwäche. Herzklopfen, anämische Geräusche in den Venen; intensiv-gesteigerte Reflexe und Reizbarkeit. Oxydationsintensität unter der Norm stehend. Nach einigen Sperminjectionen Besserung sämmtlicher Symptome mit Ausnahme des Kniephänomens. Zunahme des Körpergewichts um 5 Pfd. In einem anderen Falle bei einem 19-jährigen Mädchen dieselben Symptome; nach 10 Injectionen sehr gute Resultate. Zunahme des Gewichts um 3 Pfd.

Dr. Wiktoroff. Patientin 26 Jahre alt. Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, intensiv gesteigerter Kniereflex; Anfälle von Angstgefühl. Nach 3 Injectionen Besserung der Symptome; Effect anhaltend.

Dr. Frétin. Patientin 21 Jahre alt. Neurasthenie auf chlorotischer Basis. Behandlung mit Eisen, Tonica und Sperminijectionen in 4-tägigen Pausen. Nach 6 Injectionen Verschwinden der Kopf-, Lendenschmerzen und der Digestionsstörungen.

Dr. Schichareff (32 Fälle). In 31 Fällen günstiges sehr anhaltendes Resultat; zunächst auf die somatischen (Darmstörung, Präcordialangst, Cyanose, Schwäche, Kopfschmerzen) und zuletzt die psychischen Symptome (Zwangsideeu). Das Nähere siehe in der Originalarbeit von Dr. Schichareff. Journ. med. Chem. u. Pharm. № 3.

Dr. Spiegel. Patient 54 Jahre alt. 2 Jahre Darmstörung, deprimirte Stimmung; im Winter Schüttelfröste nach jedem Mittag; Schlaflosigkeit, bohrende Schmerzen in den Beinen; kalte cyanotische Extremitäten. Nach 14 Injectionen Verschwinden sämmtlicher Störungen mit Ausnahme der Schlaflosigkeit.

Dr. Pantschenko. Mädchen 25 Jahre alt. Morbus Adissonii mit Neurasthenie und Anaemie complicirt. Schlaflosigkeit Verstopfung, allgemeine Schwäche, hin und wieder heftige Kopf- und Gelenkschmerzen. Nach Injection Besserung der Darmstörungen und Regulirung des Schlafes.

Dr. J. Ostroumoff (Archangelsk). Patient 42 Jahre alt, von mittlerer Statur und Ernährungszustand. Neurasthenia. Schlaf-, Appetitlosigkeit und psychische Alteration (keine Ausdauer zum Arbeiten, Träumereisucht und hin und wieder auftretende Momente äusserster Depression). Beim Gehen Schmerzen in der Lendengegend und am Halse. 4-monatliche Behandlung mit Eisen, Phosphor, Brom, Bädern, Douchen und Electricität etc. resultatlos. Nach 19 Sperminijectionen Besserung des Appetits, Regulirung des Schlafes und hauptsächlich Beseitigung der psychischen Alteration (heitere zufriedene Stimmung). Aufhören der Schmerzen in der Lendengegend. Trotz der Besserung ist der Ernährungszustand derselbe, wie vor den Injectionen. Effect mehr, als 1 Monat anhaltend.

Dr. Kondratjeff. Ueberanstrengung durch geistige Arbeit, sitzende Lebensweise; Pat. schädlichen Ausdünstungen im Laboratorium ausgesetzt. Anaemie. Blutspeien, Obstipation. Die Intraorganoxydation wesentlich herabgesetzt. Am 5 März 1893 ergab die Harnanalyse das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zu Harnstoffstickstoff 100:87.29. Während der Behandlung mit Bromkalium sank dieses Verhältniss = 100:83,47. Nach einigen Sperminijectionen stieg, bereits nach 5 Tagen, dieses Verhältniss 100:89,26 und nach weiterem Gebrauch von Spermin erreichte dasselbe die normale Höhe = 100:95,19. Ein Jahr früher, am 16. Februar 1892 ergab die Harnanalyse ein Verhältniss = 100:94,34. Hand in Hand mit der durch Spermin hervorgerufenen Steigerung der Oxydationsprocesse — Schwinden der subjectiven Symptome, des Blutspeiens und Besserung des Allgemeinbefindens.

Dr. Finkelstein. Mädchen 33 J. a., Neurasthenie. Deprimirte Gemüthsstimmung, Magenkatarrh, Kniereflex erhöht, Reizbarkeit. Apathie, Schlaflosigkeit, Bromkaliumbehandlung resultatlos. Nach einigen im December 1893 begonnenen Sperminijectionen ergab die am 19. December ausgeführte Harnanalyse das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Harnstoffstickstoff = 100:91.92 und das Verhältniss des Harnstoffs zu Chlornatrium —16,33°/₀₀:4,96°/₀₀. Die Sperminijectionen wurden täglich bis zu Anfang Januar fortgesetzt, von Besserung des Allgemeinbefindens und Wiedereintreten des Schlafes begleitet, darauf wurde die Sperminbehandlung durch Intervention der Verwandten plötzlich unterbrochen, eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes nach sich ziehend. Während am 9. Januar 1893 die Harnanalyse einen wesentlich erhöhten Oxydationscoefficienten aufwies nämlich das Verhältniss des Gesammtstickstoffs zu Harnstoffstickstoff 100:93,46 und das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium sich gebessert hatte, war schon am 26. Januar 1893 die Energie der Intraorganoxydation wesentlich herabgesetzt, nämlich = 100:91,28 und das Verhältniss von Harnstoff zu Chlornatrium war 13,90°/₀₀:4,96°/₀₀. Der Zustand verschlimmerte sich wesentlich, bis schliesslich am 8. April 1893 Oxalurie auftrat und der Oxydationscoefficient auf 100:87,65 sank. Nach wiederaufgenommenen Sperminijectionen (erste Zeit — täglich, späterhin 3 Mal wöchentlich bei gleichzeitigem Gebrauch von Vichy) trat bald Besserung ein und die am 19. April ausgeführte Harnanalyse erwies schon eine wesentliche Erhöhung der Oxydationsprocesse 100:92,87



und Schwinden der Oxalurie. Patientin war so weit hergestellt, dass sie eine Reise ins Ausland (Vichy) antreten konnte. Mit der Besserung des Allgemeinbefindens trat wiederum die frühere heitere Gemüthstimmung ein Die am 3. November ausgeführte Harnanalyse ergab noch wesentliche Steigerung des Oxydationscoefficienten 100:96,25; der Zerner'sche Coefficient war gleichzeitig bis auf 0,41 gesunken. Nach ausgesetztem Spermingebrauche ergab die Analyse vom 24. December 1893 Sinken des Oxydationscoefficienten 100:93,49 und Steigerung des Zerner'schen Coefficienten bis auf 0,61.

Dr. Nagubnoff. Seit 15 Jahren Neurasthenie und Dyspepsie auf neurasthenischer Grundlage. Alle bisher energisch angewandten Mittel erzielten keine sicheren Resultate. Nach 10—12 Sperromininjectionen (im Laufe von 3—4 Wochen) rasches Schwinden sämmtlicher Störungen und Wiederherstellen eines vollkommen normalen Gesundheitszustandes. Effect 4 Monate anhaltend. (Selbstbeobachtung).

Dr. Aframowitsch. Patientin 36 J. a. Typische Neurasthenie. Anaemie der Haut und der Schleimhäute. Herzklopfen, Dyspnoe, schwere asthmatische Anfälle. Auftreten von wechselndem Kälte- und Hitzegefühl mit profuser Schweissbildung. Reizbarkeit, psychische Depression, Angstgefühl vor leeren und dunklen Räumen. Unruhiger Schlaf, zuweilen Alpdrücken. Schlechter Appetit, Aufstossen und Meteorismus; hartnäckige Obstipation. Ausserdem Muskelrheumatismus, seit einigen Jahren. Bisherige Behandlung resultatlos. Vom 21. Januar 1894 Sperminbehandlung. Nach 8 Sperromininjectionen (an den ersten 3 Tagen je 2 Mal, an den letzten 2 je 1 Mal) allmähliches (im Laufe einer Woche) Schwinden des Aufstossens, des Meteorismus, der Obstipation, der Erscheinungen von Seiten des Herzens und der Lungen und aller vasomotorischen Störungen: Wiederherstellen des Schlafes, des Appetits; bedeutende Hebung des Kräftezustandes und beträchtliche Besserung der psychischen Stimmung. Vom 10. bis 16. Februar noch 6 Sperromininjectionen, worauf Pat. als vollkommen genesen erklärt wurde.

B. Tabes dorsalis.

Dr. Maximowitsch. In 3 Fällen — Verschwinden der schiessenden und Gürtel-Schmerzen; in 2 Fällen Beseitigung der krampfhaften Zuckungen an den Beinen und in 2 Fällen Steigerung der Muskelkraft und Abschwächung der Schmerzen in den Beinen.

Prof. Eulenburg (Encyclopädische Jahrbücher der Gesammtheilkunde s. 650). Sehr ausgesprochene tonisirende Wirkung in einem schweren Falle von Tabes dorsalis.

Prof. Joffroy (Salpêtrière Paris). Ataxie. Besserung des Allgemeinzustandes in einem Falle nach 6, in dem anderen nach 11, in dem dritten nach 13 Injectionen. In einem Falle nach 14 Injectionen bedeutende Besserung des Ganges (Appetit).

Dr. Moritz. Patient 37 Jahre alt. Lähmung der unteren Extremitäten; intensiv gesteigerte Reizbarkeit. Nach 15 Injectionen kein sicheres Resultat.

Dr. Sawitsch. Patient 65 Jahre alt. Ataxie, Parese des Darms, des Sphincter ani und der Harnblase. Nach Sperromininjectionen Verschwinden der Parese, Abschwächung der Ataxie, Steigerung der Muskelkraft und Besserung des Ganges.

Dr. Charlampowitsch. 8 Injectionen. Abschwächung der Schmerzen, Regulirung des Schlafes, Besserung des Appetits und der Stimmung.

Dr. Schichareff. Patientin 33 Jahre alt; mehr als 6 Jahre krank. Ataxie, Schwäche. Nach 23 Injectionen bedeutende Abschwächung der Ataxie; Steigerung des Blutdrucks, der Muskelkraft, Ausgleichung der Harnblasen- und Darmstörungen. Zunahme des Körpergewichts. Trotz der Excesse Effect sehr anhaltend. Näheres s Journal der med. Chem. und Pharmacie (russisch) № 3.

Dr. Wiktoroff. Patient 51 Jahre alt. Schiessende Schmerzen in den Beinen, ataktische Paraplegie, Störung der Harnblasenfunction. Nach 3 Injectionen Besserung des Allgemeinzustands, Wiederherstellen des Vermögens sich des Morgens auf die Beine zu stellen (obwohl mit fremder Beihülfe), Regulirung der Harnblasenfunction.

Dr. Fretin. Patient 37 Jahre alt. Atrophia nn. opticorum, strahlende Schmerzen, wechselnde Retentio und Incontinentia urinae, Impotenz. Dynamometrische Messung vor den Injectionen 35. Nach 5 Injectionen Besserung aller dieser Symptome und des Allgemeinzustandes, die Sehnervenatrophie ausgenommen. Dynamometrische Messung 55.

Dr. Kazauroff. Ptosis des linken Lides bei einem Tabetiker; nach Sperromininjectionen vollkommenes Verschwinden der Lähmung.

Dr. J. Ostroumow (Archangelsk). Patient 52 Jahre alt. Tabes dorsalis. Seit 11 Jahren schiessende tabetische Schmerzen. Beinahe vollkommene ataktische Paraplegie (der Kranke bewegt sich fort, indem er von einem Gegenstand auf den anderen losstürzt). Kniephänomen nicht vorhanden; Empfindlichkeit an den Beinen äusserst gering; Harnlassen erschwert. Sehvermögen sehr herabgesetzt (Atrophia nervi optici). Nach 4 Injectionen Besserung des Allgemeinzustandes, Reguliren des Harnlassens, Abschwächung der schiessenden Schmerzen, aber verhältnissmässig geringe Beeinflussung des ataktischen Ganges und keine des Sehvermögens.

Dr. Orlitzky. Pat. 30 J. a. Kein Syphilitiker. Seit 6—7 Jahren Tabes dorsalis. Bisherige Behandlung: Bäder in den kaukasischen Kurorten und Suspension. Zu Beginn der Sperminbehandlung (12. November 1893): Ausbleiben des Kniereflexes, schwache schiessende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Retentio urinae, unbewegliche Pupillen, Romberg'sches Symptom, Ataxie, Abschwächung der sexuellen Functionen und Ohrensausen. Nach der 8. Sperromininjection (in den ersten 5 Tagen 2 Mal, am Morgen und am Abend, später 1 Mal in 24 Stunden) Besserwerden des Ganges, nach der 10. Injection erleichtertes Harnlassen, nach der 23. Injection Stärkerwerden der Beine. Nach der letzten 28. Injection folgende Erscheinungen: vollkommen freies Harnlassen, äusserst seltene und schwache schiessende Schmerzen, bedeutendes Stärkerwerden der Beine und beträchtliche Besserung des Allgemeinbefindens. Injectionen waren beinahe schmerzlos abgelaufen.

C. Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks.

Dr. Mrotschkowsky. In einem Falle von Neuralgie und Aneurysma aortae descendentis Besserung des Ernährungszustandes und des Schlafes.

Dr. Maximowitsch. In 5 Fällen von Hysterie. Gute Wirkung auf den Allgemeinzustand; in 2 Fällen von Hysterie bei Soldaten — Beeinflussung der Stimmung und tonisirende Wirkung. In 2 Fällen von Myelitis transversa — deutliche tonisirende Wirkung. In einem Falle von Capsularhemiplegie mit Hemianaesthesie und von Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes — keine Wirkung.

Dr. Schichareff. In einem Falle von Hysterie bei einer anämischen, an Schlaflosigkeit leidenden Dame — nach 2 Injectionen Schlaf ohne Narcotica und Verschwinden der hysterischen Anfälle; Effect schon 2 Monate anhaltend. In einem Falle von Epilepsie kein sicheres Resultat.

Dr. Tuluscheff. Irritatio spinalis mit Neuralgien und Anaesthesien. Bedeutende Besserung nach 12 Injectionen (Selbstbeobachtung).

Dr. Nensberg. Lumbago. Sehr rasche Erleichterung (Selbstbeobachtung).

Dr. Rostschinin. (3 Fälle). 1) Nach Apoplexie linksseitige Hemiplegie. Lähmung der oberen und Parese der unteren Extremität; Contractur der linken Hand, Schlafsucht, Katarrh des Halstheils der Harnblase. Nach Injectionen Abschwächung der Contractur, Verschwinden der Schlafsucht, Hebung des Kräftezustandes, Regulirung des Harnlassens.

2) Patientin 29 Jahre alt. Chronische Myelitis des Lendentheils des Rückenmarks, 5-jährige Lähmung der unteren Extremitäten. Nach 12 Injectionen (im Laufe eines Monates) Wiederherstellen der gestörten locomotorischen Function.

3) Patient 70 Jahre alt. Wahrscheinliche Thrombose der art. fossae Sylvii; rechtsseitige Facialislähmung, Lähmung der beiden Extremitäten an derselben Seite und Aphasie. Nach 2 Injectionen bedeutende Besserung.

Dr. Wiktoroff (4 Fälle). 1) Patient 60 Jahre alt. Hemiplegia dextra cum Aphasia nach Apoplexie. Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität, hartnäckige Verstopfung. 13 Injectionen. Wiederherstellen der motorischen Functionen zuerst an der Hand und späterhin an dem rechten Beine. Regulirung der Darmfunction. 2) Patient 48 Jahre alt. Periencephalitis mit Sprachstörung, spastischer Gangart, bedeutender Herabsetzung der Muskelkraft, ausgesprochenem Intentionszittern und hartnäckiger Verstopfung. 8 Injectionen. Regulirung der Darmfunction, Abschwächung des Intentionszitterns an den Händen und Steigerung der Muskelkraft. 3) Patient 48 Jahre alt. Myelomeningitis chr. Rückenschmerzen öftere Zuckungen an den Beinen, Locomotion sogar auf Krücken und Umkehren im Bette ohne fremde Hülfe nicht möglich. Rigidität der Muskeln an den unteren Extremitäten. Steigerung des Kniereflexes am linken Beine. Nach 4 Injectionen Hebung des Kräftezustandes und Ermöglichung des selbständigen Umkehrens im Bette. Rigidität der Muskeln, Kniephänomen und spastisches Zittern ohne Veränderung; 4) Patient 45 Jahre alt. Hemiparesis dextra nach einem leichten apoplektischen Insult. Als Nachbleibsel des letzteren Verstopfung und Impotentia coeundi (Ausbleiben der Erection bei vorhandenem Geschlechtstrieb). Nach 3 Injectionen — Wiederherstellen der Darmfunction, aber keine Beeinflussung der Impotenz.

Dr. Fretin. Patient 44 Jahre alt. Myelitis transversa. 4 Injectionen resultatlos.

Prof. Kostjurin. Patientin 68 Jahre alt. Hystero-epilepsia Nach 4 Injectionen bedeutende Besserung der krankhaften Symptome.

Dr. J. Ostroumow (Archangelsk). Patient 56 Jahre alt. Hemiplegia et cat. pulmonum chronicus. Vor 2½ Jahren erster, im September desselben Jahres zweiter apoplektischer Anfall, mit vollkommener Lähmung der beiden unteren, Parese der

beiden oberen Extremitäten und Sprachstörung. Partielle Wiederherstellung der motorischen Functionen, hartnäckige Obstipation. Im September 1893 katarrhalische Affection der Lungenspitzen mit intensivem Husten, eiterähnlicher Expectoration, abendlichen Temperatursteigerungen (bis 39°) und schwachen nächtlichen Schweissen. In der rechten Supraclaviculargegend Dämpfung und bronchiales Athmen, in der linken zahlreiche kleinblasige Rasselgeräusche. Aeusserste Erschöpfung, Apathie, Gedächtnissschwäche. 3 Spermininjectionen. Nach der 1. Injection guter Schlaf, reichlicher Schweiss, normale (zum 1. Male in den letzten 2 Jahren) Stuhlentleerung, Wiederherstellen des Bewegungsvermögens und Kräftigerwerden der Beine, heitere Stimmung; Abschwächung des Hustens, Aufhören der nächtlichen Schweisse und des Fieberzustandes. Nach der zweiten Injection dieselben Erscheinungen, wie nach der ersten. 3. Injection mit demselben Effect. wie nach den zwei vorhergehenden, die abendlichen Temperatursteigerungen ausgenommen, die immer noch obwohl in geringerem Grade (38,1, 38,3) fortbestehen. Im allgemeinen Besserung des Allgemeinzustandes, Abschwächung des katarrhalischen Lungenprocesses, Wiederherstellen der freien locomotorischen Bewegungen und hauptsächlich Auftreten einer gesunden, heiteren Stimmung.

Dr. Tjascheloff. Patientin. Hysteria gravis. Nach 8 im Jahre 1893 angewandten Sperminjectionen — Ausbleiben der schmerzhaften hysterischen Anfälle vom Februar bis August desselben Jahres.

Dr. Ulrich. Ischias. Vollkommenes Schwinden der Schmerzen. Der Coëfficient der Intraorganoxydation vor der Sperminjection am 13. November 1893 100:83,45 der Zerner'sche Coefficient wesentlich über der Norm 0,87. 14 Tage darauf nach einigen Injectionen war die Energie der Oxydationsprocesse gestiegen auf 100:91,27, der Zerner'sche Coefficient gesunken auf 0,67.

II. Syphilis und Hautkrankheiten.

DDr. Huebbenet und Schichareff (4 Fälle). 1) Pat. 24 Jahre alt. Gehirnsyphilis mit Hemiplegia dextra und Sprachstörung. Dynamometrische Messung an der linken Hand 42. T° in ore 38,2. Puls 106. Nach 2 Einspritzungen Puls 80. Muskelkraft der linken Hand 54. Temperatur normal, Wiedereinstellen der Ab- und Adduction des rechten Beines. 2) Patientin 29 Jahre alt. Lues gummosa (seit 13 Jahren) mit gummöser Periostitis an den Extremitäten und grossen bis auf die Knochen gehenden Ulcera an der Stirn. Behinderung der Bewegungen im Kniegelenk Dynamometrische Messung für die rechte Hand 28. für die linke 38 klg. Puls 106. Blutdruck (nach Basch) 132 mm. Nach einigen Injectionen Puls 86, Blutdruck 190, dynamometrische Messung für die rechte Hand 44, für die linke 42. Wiederherstellen der Bewegungen und der Darmfunctionen. 3) Patientin 66 Jahre alt. Pityriasis. Allgemeine Schwäche. Rechte Hand (dynamometrisch) 40—47, linke 39—42. Nach 4 Injectionen erstere 47—50. letztere 48. 4) Patientin 60 Jahre alt. Psoriasis vulgaris am linken Unterschenkel. Rheumatische Schmerzen in den Händen und Beinen, Lumbago. Rechte Hand (dynamometrisch) 22, linke 28. Nach 2 Injectionen erste 39, zweite 48. Verschwinden der Schmerzen in den Händen. Besserung der Lumbago.

Dr. Schichareff. Patient 53 Jahre alt. Syphilis, Myelitis. Schwäche der Beine, Incontinentia urinae, hartnäckige Obstipation. Nach 9 Injectionen Stärkerwerden der Beine und Wiederherstellen der Harnblasen- und Darmfunctionen.

Dr. Injasewsky. Patient 28 Jahre alt. Syphilis des Nervensystems. Aphasie, Ptosis. Starrheit des Gesichtsausdrucks, Rigidität der Beine. Puls 48—52. Nach 6 Injectionen Steigerung des Pulses bis zur Norm und Verschwinden der Gesichtsstarrheit; nach 7 und 8 Injectionen flüsternde Sprache. Besserung des Allgemeinzustandes.

Dr. Prochoroff. Atonische Ulcera bei einem Greise. Fruchtlose Behandlung derselben im Laufe von 2½ Monaten. Nach 2 Injectionen Verheilung der Ulcera bei Anwendung localer Therapie in 3 Wochen.

Dr. Symons Eccles. 1 Fall von veralteter Psoriasis. Nach subcutaner Anwendung des Sperminum-Poehl «auffallende» Abschwächung der bestehenden Symptome und Stillstand des Processes. (The British Medical Journal, 26. August).

Dr. J. Ostroumoff. Patient 55 J. a. Ulcus cruris et pedis. Seit Jahren chronischer Gelenkrheumatismus mit Verdickungen der Gelenkenden der Knochen an mehreren Fingern der Hand. Seit 3 Jahren Entwickelung eines sehr schmerzhaften Ulcus cruris, von der Grösse einer Vola manus. Infolge der Schmerzen — Reizbarkeit, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit und überhaupt Erschöpfung. Alle angewandten localen und allgemeinen Behandlungsmethoden ohne Erfolg. Nach 3 Injectionen im Laufe von 1½ Monaten Verschwinden der Schmerzhaftigkeit und Verkleinerung der Ausdehnung des Ulcus bis auf ein Drittheil derselben; zugleich Besserung des Allgemeinzustandes; guter Schlaf, Appetit, Verschwinden der Reizbarkeit und Auftreten gesunder, heiterer Stimmung.

III. Diabetes mellitus.

Dr. Roschtschinin (4 Fälle). Patient 65 Jahre alt. Diabetes mellitus (47 pro mille). Allgemeine Schwäche, Schlafsucht. Nach 10 Injectionen Herabsetzung des Zuckergehaltes (bis 2 pCt.), Hebung der Kräfte. 2) Diabetes mellitus (55 pro mille). Nach Sperminjectionen (denen anfänglich die Brown-Sequardsche Emulsion vorherging) bei gleichzeitigem Gebrauch des Essentukiwassers, Verschwinden des Zuckers, des Durstes der Schlafsucht und des Ermattungsgefühls. In 2 anderen Fällen von Diabetes ebenso «auffallende» Herabsetzung des Zuckergehaltes.

IV. Phthisis und andere Krankheiten der Lungen. Herzkrankheiten.

Dr. Rostschinin. Phthisis pulmonum (Koch'sche Bacillen) Husten. Herzklopfen, Hämoptoe und Ohnmachtsanwandlungen. Nach 10 Injectionen Besserung aller dieser Erscheinungen, Zunahme des Gewichts. Die Wirkung der Injectionen keine specifische, sondern blos tonisirende.

Dr. Klimontowitsch. Patientin 43 Jahre alt. Ausgesprochene chronische Phthisis mit stark vergrösserten Axillar- und Halsdrüsen. Nach 4 Injectionen Abschwächung des Fiebers, des Hustens Aufhören der Nachtschweisse, Regulirung der Digestion, Abschwächung des Hautjuckens und Verkleinerung (bis auf die Hälfte) der Drüsen.

Dr. Bukoemsky (2 Fälle). 1) Pat. 32 Jahre alt. Chronische Tuberculose mit Dämpfungserscheinungen an den Spitzen, Tuberkelbacillen in grosser Menge. Nach 16 Injectionen Besserung des Appetits und der Digestion, Verschwinden der Dyspnoe und der Rasselgeräusche. kein Schweiss. normale T°, geringer schleimiger Auswurf, keine Tuberkelbacillen, Zunahme des Gewichts um 8 Pfd. 2) Multipara 40 Jahre alt. Im schleimig eitrigen Auswurf eine Menge von Tuberkelbacillen. Kein Fieber, selten auftretender Schweiss. Nach 8 Injectionen Verschwinden der Rasselgeräusche bis auf die rechte Lungenspitze und beide Subclaviculargegenden; Tuberkelbacillen in sehr geringer Menge, Regulirung der Darmfunction, Zunahme des Gewichts um 3 Pfd.

Dr. Egoroff. In einem Falle von Phthisis, sehr günstige Resultate.

Dr. Grigorjeff. In einem Falle von Phthisis in der letzten Periode derselben — tonisirende Wirkung.

Dr. Böthlingk, Patientin 34 Jahre alt. Dämpfung an der rechten Spitze: trockener anhaltender Hustenanfall. Seit einem Monat Fieber (38—39°). Erschöpfung und Appetitlosigkeit. Nach 4 Injectionen Aufhören des Fiebers, Wiederherstellen des Appetits und des Schlafes; Stillstehen des Processes in den Lungen. Zunahme des Gewichts um 2½ Pfund (nach 6 Wochen).

Dr. Nastjukoff. Pat. 58 Jahre alt. Dämpfung an beiden Spitzen; Haemoptoe seit 3 Jahren. Erschöpfung. Nach 14 Injectionen Abschwächung der Dyspnoe und der Rasselgeräusche. Zunahme des Gewichtes (nach 6 Wochen) um 8 Pfd. Hebung des Kräftezustandes.

Dr. Philipps. Bei einer Tuberkulösen. Adynamie, Oedeme des Gesichtes und der Extremitäten. Verminderte Harnsecretion, Anorexie, Dyspnoe. Nach Injectionen bedeutende Besserung dieser Störungen; Kreosot leichter zu vertragen.

Dr. Bartschewitsch. Pat. 45 Jahre alt. Neurasthenie auf chronisch-tuberculöser Basis, allgemeine Schwäche. Nach 16 Injectionen Hebung des Kräftezustandes, Verminderung der Schweisssecretion.

Dr. Maximowitsch. In 6 Fällen von Phthisis (im letzten Stadium) Abschwächung des Hustens. Herabsetzung der Nachtschweisse und das Gefühl des Kräftigerwerdens. Hin und wieder Abschwächung des Fiebers; Lungenprocesse ohne Veränderung.

Dr. Moritz. Patient 54 Jahre alt. Emphysema et Phthisis tuberculosa pulmonum (im letzten Stadium). Profuser schleimig-eitriger Auswurf, absolute Anorexie. Nach 45 Injectionen kein sicherer Effect.

Dr. Rossi (2 Fälle). 1) Soldat 22 Jahre alt. Pleuritis exsudativa dextra, Scorbutus. Nach 12 Injectionen Aufhören des Fiebers, Besserung des Allgemeinzustandes und der scorbutischen Erscheinungen. 2) Patient 22 Jahre alt. Pleuritis exsudativa dextra. Nach 13 Injectionen Aufhören des Fiebers, Beginn der Resorptionserscheinungen. Leucomaïngehalt von 75 ‰ bis 0,15 ‰ herabgesetzt. Verhältniss des gesammten Stickstoffes zur Harnstoffstickstoffquantität vor den Injectionen = 100 : 83 nach denselben = 100 : 86.

Prof. Kostjurin. Angina pectoris (seit 8 Jahren). Nach 11 Injectionen Verschwinden der Anfälle und bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes.

Dr. Cholodkowsky. Pat. 66 J. a. 30 Jahre dauernder Katarrh der Lungen und des Mittelohres an beiden Seiten. Atheromatose der Aorta. Profuse Expectoration, anhaltendes Ohrensausen, öftere Schlaflosigkeit, hin und wieder quälendes Gefühl von Stillstand des Herzens. Sperminbehandlung im März, April und Juli 1892 und jeden Monat (4—8 Mal) während des Jahres 1893. Jedesmalige Resultate: Besserung des Allgemeinbefindens,



Hebung des Kräfte- und Geisteszustandes. Beseitigung der Herzsensationen, der Schlaflosigkeit, Besserwerden des Hörvermögens. Wenig verändert und durch Spermin beeinflusst blieben der Lungenkatarrh und das anhaltende Ohrensausen. (Selbstbeobachtung).

V. Typhus, Ernährungsstörungen, Scorbut.

Dr. Klimontowitsch. Patient 19 Jahre alt. 3 Wochen anhaltender Collapszustand nach schwerem Typhus. Temperatur 36—35,5°, Puls 56—54 fadenförmig. Aphasie, Parese der Extremitäten. Tremor des Kopfes. Incontinentia urinae et alvi. Schon nach der 1. Injection Puls 66—68 (voller). T° 37,5, nach den übrigen im Allgemeinen Verschwinden sämmtlicher Collapserscheinungen.

Dr. Rostschinin. Typhus, durch croupöse Pneumonie complicirt; schwacher frequenter Pulsschlag, drohende Herzlähmung. Nach Injectionen Besserung des Pulses und des Allgemeinzustandes.

Dr. Schichareff. (4 Fälle). 1) Patient 38 Jahre alt. Scorbut mit Schwellung des Zahnfleisches, Infiltraten an den Beinen, Unterschenkeln, Kniegegend und linkem Fusse. Schmerzhafte und mangelhafte Extension im Kniegelenk. Nach 9 Injectionen Resorption oder Blasserwerden fast sämmtlicher Infiltrate. Wiederherstellen des normalen Zahnfleisches, gesunde Farbe der Wangen. 2) Pat. 66 Jahre alt. Scorbut mit fast denselben Erscheinungen. Nach 5 Injectionen Besserung aller Symptome. 3) Pat. 50 Jahre alt. Scorbut mit grossen platten Infiltraten auf der Innenseite der beiden Oberschenkel; Oedem und Ekchymosen am linken Fusse. Schwäche, Unvermögen aufzustehen. Nach Injectionen Wiederherstellen der Bewegungsfähigkeit, Blasserwerden der Infiltrate. 4) Pat. 35 Jahre alt. Am linken Kniegelenk und an der äusseren Fläche des Unterschenkels bis auf das letzte Drittel desselben — ein ununterbrochenes Infiltrat. Sklerose der das Kniegelenk umgebenden Gewebe, Behinderung der Bewegungen in demselben. Nach 12 Injectionen Freierwerden der Bewegungen und Besserung aller Erscheinungen.

Dr. Rossi. (4 Fälle). 1) 24 Jahre alt. Skorbut. Schwellung und Blutung des Zahnfleisches, Ekchymosen an beiden Unterschenkeln. Nach 6 Injectionen Verschwinden der Erscheinungen. 2) Pat. 25 Jahre alt. Gonitis scorbutica. Stark blutendes Zahnfleisch. Ekchymosen an beiden Unterschenkeln. Nach 13 Injectionen Verschwinden sämmtlicher Störungen. Das Verhältniss des gesammten Stickstoff zur Harnstoffstickstoffquantität vor den Injectionen = 100 : 84,25, nach denselben = 100 : 93,32. 3) Pat. 25 Jahre alt. Geschwelltes, blutendes Zahnfleisch, intensive Blutaustritte an den Ober- und Unterschenkeln. Heftiger Schmerz, behinderte Bewegung. Nach 20 Injectionen beinahe vollkommene Genesung (erste 2 Wochen Massage). 4) Pat. 22 Jahre alt. Scorbutus. Blutaustritte an den Unterschenkeln, geschwelltes blutendes Zahnfleisch. Nach 3 Injectionen bedeutende Besserung. 5) Patient 23 Jahre alt. Skorbut, Schwellung des Zahnfleisches, starke Blutaustritte an den Unterschenkeln. Nach 18—21 Einspritzungen Verschwinden aller Störungen.

Dr. Gretschaninoff. 1. Patient 23 J. a. Am 7. März 1893 aufgenommen mit katarrhalischen Erscheinungen in den Lungen. Am 16. März Schmerz in der rechten Kniebeuge mit Behinderung der Bewegung. Am 16. April an der rechten Wade Blutextravasate, Infiltration. Antiscorbutische Diät, Decoct. chin. acidul. Vom 16 April bis 13. Mai gegen 12 Sperminiinjectionen. Nach 4 Injectionen Geringerwerden der Schmerzen, freiere Bewegung. Besserung des Allgemeinbefindens und der Erscheinungen in den Lungen. Am 10. Juni wiederum Schmerzen an der linken Brustseite, rechts Rasselgeräusche. Verschwinden des Infiltrates am Unterschenkel. Geringer Schmerz im Knie- und Fussgelenk der rechten Extremität. Langsam vor sich gehende Besserung der Gelenkschmerzen und der Erscheinungen in den Lungen (Natr. salicyl. Massage). Am 23. Juli als genesen entlassen. Körpergewicht: 7. März 75,3, 8 August 80.

2. Patient 25 J. a. Scorbut. Seit 3 Wochen Schmerzen am linken Knie. Am 20. April 1893 bedeutende Anschwellung und Infiltration der linken Kniegegend. Infiltrate und zahlreiche Extravasate an beiden Unterschenkeln. Lockeres blutendes Zahnfleisch. Nach eingeleiteter antiscorbutischer Behandlung bedeutende Verkleinerung der Knieanschwellung. Vom 26. April bis 13. Mai 13 Sperminiinjectionen. Besserung des Allgemeinbefindens, freies unbehindertes Bewegungsvermögen, vollkommenes Schwinden sämmtlicher Infiltrate und Extravasate. Wiederherstellen des normalen Zahnfleisches. Körpergewicht am 20. April 67,2, am 13. Mai 68,8. Die am 24. April ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffs zu Harnstoffstickstoff 100 : 92,31 und des Harnstoffs zum Chlornatrium 96,2 : 10,24, am 2. Mai der Oxydationscoefficient 100 : 93,32 und das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium 12,26 : 8,34.

3. Patient 25 J. a. Scorbut. Am 4. April 1893 bedeutende Anschwellung und Infiltration der ganzen rechten unteren Extremität. Bläuliche Verfärbung derselben, insbesondere an der inneren Oberfläche des Ober- und der äusseren des Unterschenkels. Schmerzhaftigkeit, Appetitlosigkeit. Antiscorbutische Diät, Alkohol, Massage — geringe Verkleinerung der Anschwellung ohne Beeinflussung der Schmerzen. Seit 12. April bis 28. Mai noch 25 Sperminiinjectionen. Schwinden der Extravasate und der Infiltration. Aufhören der Schmerzen in der Wadengegend. Wiederherstellen des Appetits. Körpergewicht am 2. April 70,5, am 28. Mai 71,1.

4. Patient 23 J. a. Scorbut seit 2 Wochen. Am 9. Mai 1893 Beide unteren Extremitäten flectirt, bewegungsunfähig, Wadenmuskeln infiltrirt. Scorbutisches, stark blutendes Zahnfleisch. Blässe der Haut und der Schleimhäute. Antiscorbutische Diät. Alkohol. Vom 16. Mai bis 15. Juni 12 Sperminiinjectionen. Nach einigen Injectionen etwas besseres Bewegungsvermögen. Nach elfter Injection Infiltration etwas. Schmerzhaftigkeit bedeutend geringer. Vom 15. Juni (Tag der letzten Sperminiinjection) bis 28. Juli (Entlassungstag) allmähliche Besserung aller Symptome. Vollkommenes Wiederherstellen des Bewegungsvermögens. Schwinden der Infiltration und Aufhören der Schmerzen. Körpergewicht am 9. Mai 73, 22. Juli 78,8.

5. Patient 24 J. a. Aufgenommen am 26. März 1893. Seit 3 Wochen krank. Schmerzhafte, die Bewegungen sehr erschwerende Schwellung des rechten Kniees. Nach eingeleiteter Behandlung (Compr. échauff., Compressivverband, Massage, antiscorbutische Diät) langsam vor sich gehende Besserung, bis endlich gegen 20. Mai die Schmerzen aufhören, die Schwellung des Kniees schwindet und freie Bewegung eintritt. Am 22. und 23. Mai 3 Sperminiinjectionen. Keine Schmerzen, freies Bewegungsvermögen, guter Allgemeinzustand. Der Kranke am 3. Juni entlassen. Körpergewicht: 26. März 70, 3. Juni 76,5.

6. Patient 23 J. a. Scorbut. 17. Mai 1893. Schwellung. Blutung des Zahnfleisches; am Körper Ekchymosen. An der Innenseite des rechten Oberschenkels Extravasat; bedeutende Verhärtung der Oberschenkelmuskeln. Schmerzen an den Beinen. Antiscorbutische Diät. Massage. Alkohol. Am 22. und 23. Mai 2 Sperminiinjectionen. Am 8. Juni entlassen. Schmerzen aufgehört, Zahnfleisch aber noch scorbutisch. Körpergewicht am 17. Mai 71,0, 8. Juni 73,4.

7. Patient 23 J. a. Scorbut seit 2 Wochen. Am 27. Mai 1893 Schmerzen im rechten Oberschenkel. In der Kniebeuge ein Infiltrat. Schwäche der Extremitäten. Am 29. Mai 1893 ziemlich bedeutende Anschwellung der rechten Wade. Leichte Schwellung des Zahnfleisches. Anämie der Haut und Schleimhäute. Antiscorbutische Diät. Massage. Vom 5.—18. Juni 9 Sperminiinjectionen. Vom 2.—12. Juni leichte Steigerung der Temp. zwischen 37,5 und 38,3 schwankend. Nach den ersten Injectionen Schwinden des Infiltrates und Verringerung der Schmerzen in der Kniebeuge. Nach der 8. Injection Schwinden aller Erscheinungen und vollkommen freie, schmerzlose Bewegung. Körpergewicht: 27. Mai 61,4, 18. Juni 62,2. Die am 5. Juni ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Harnstoffstickstoff 100 : 90,33 und am 20. Juni 100 : 92,38. Das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium an denselben Daten 16,21 : 8,86 und 13,25 : 7,24.

8. Patient 23 J. a. Aufgenommen am 21. März 1893. Schmerzen an der Wade und Fussgelenk des linken Beines. Ebensolche Schmerzen an der rechten Extremität. Infiltration der Wadengegenden. In der Umgebung des linken Fussgelenkes ziemlich bedeutende Blutextravasate, miliare Extravasate am ganzen Unterschenkel. Unbedeutende Lockerung des Zahnfleisches. Gutes Allgemeinbefinden. Behandlung mit Massage, Decoct. querc. aluminat., Umschlägen — geringe Besserung. Vom 12.—22. April 6 Sperminiinjectionen. Weicherwerden der Infiltration, Aufhören der Schmerzen. Am 23. April entlassen mit einer geringen Infiltration. Körpergewicht: 21. März 68,3, 23. April 68,6.

9. Patient. Aufgenommen am 30. April 1893. Seit einer Woche blutendes, geschwelltes Zahnfleisch. Am 3. Mai scorbutische Flecken an den Beinen. Nach eingeleiteter Behandlung (Antiscorbutische Diät, Gurgelungen mit Kali chlor., Massage) Besserung des Zustandes. Vom 7.—10. Mai 5 Sperminiinjectionen. Besserung des Allgemeinzustandes. Verschwinden der Hautextravasate, Aufhören der Schmerzen in den Beinen und der Blutungen aus dem Zahnfleisch. Am 13. Mai entlassen. Körpergewicht: 30. April 74,6, 1. Mai 75. Die vor den Sperminiinjectionen ausgeführten Harnanalysen ergaben das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Harnstoffstickstoff, als 100 : 91,47 und 100 : 92,36. Das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium war an denselben Daten: 11,72 : 8,94 und 15,54 : 9,56.

10. Patient 23 J. a. Scorbut. Am 29. März aufgenommen mit Bauchschmerzen und Diarrhoen, die nach einer Woche (Ol. ricini und Mag. Bismuthi) schwanden. Periostitis tibiae dextrae. Blutextravasat am rechten und linken Unterschenkel. Antiscorbutische Diät. Vom 16. April bis 24. Mai circa 19 Sperminiinjectionen. Nach der 2. Injection Schwinden der Schmerzen und des Extravasates an der linken Extremität. Rechte Extremität in statu quo ante. Nach der 8. Injection bedeutende Verkleinerung des Infiltrates am rechten Unterschenkel, freiere Bewegung. Weiterhin langsame durch Schwankungen und



Exacerbationen unterbrochene Besserung der Erscheinungen am rechten Unterschenkel: am letzteren noch am 17. Juni scorbutisches Oedem und Infiltration der Wadenmuskeln; erst vom 20. Juni sichere Tendenz zur Genesung. Am 8. Juli genesen entlassen. Vom 27. April bis 1. Mai leichte Temperatursteigerung zwischen 37,4 und 38,5 schwankend. Körpergewicht: 30. März 65, 8. Juli 74,7. Die während der Sperminbehandlung am 23., 24 April und 4 Mai ausgeführten Harnanalysen ergaben das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Harnstoffstickstoff, wie 100:84.25, 100:91,87 und 100:90 24. Das Verhältniss des Harnstoffs zu Chlornatrium (an denselben Daten) 24.65:23,52, 24,94:20,62, 29,30:18,72.

Dr. Rossi und Dr. Gretschaninoff. Patient 23 Jahre alt, Scorbut. Schmerzen an den Oberschenkeln, in der Tiefe des rechten deutliche Infiltration. An den unteren Extremitäten Acne scorb. Schwellung des Zahnfleisches. Um die Patella blaue Flecken. Dampfbäder, Massage, Natrium salicyl. und natrium sulfur. et bicarb. Vom 21. Mai bis 15 Juni 15 Spermininjectionen. Vom 21. Mai bis 18. Juni Exacerbation der scorbutischen Erscheinungen. — Von 18. Juni bis 30. Juli langsam vor sich gehende Besserung aller scorbutischen Erscheinungen und des Allgemeinbefindens und am 3. August vollkommene Genesung. Körpergewicht: 6. Mai—71, 3. August—74,3 Kgr. Die am 15. Mai vor den Spermininjectionen, ausgeführten Harn analysen ergaben das Verhältniss des Gesammtstickstoffes des Harns zum Harnstoffstickstoff. 100;85.21 und 100:86,14 und nach den Injectionen 100:91.33, und 100:92,00. Das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium: vor den Spermininjectionen 6.79:6.22 und 8.00:5,04, nach den Injectionen 13,77:5,64 und 10,36:9,96.

Dr. E. Rossi und Dr. Gretschaninoff. Patient 22 Jahre alt. Scorbut seit 2 Wochen. Ober- und unterhalb der Kniekehle Blutextravasate ohne Infiltration. An der ganzen Oberfläche beider unteren Extremitäten geringe Ekchymosen. Vom 10. bis 18. Mai 1893 7 Spermininjectionen. Resorption der Extravasate, Besserung des Allgemeinbefindens. Körpergewicht am 7. Mai 71,1, am 18. Mai 73,8. Die am 9 Mai ausgeführte Bestimmung des Oxydationscoefficienten ergab: 100:87,23, am 10. Mai 100:88,50, am 15. Mai 100:93,78. Das Verhältniss des Harnstoffs zum Chlornatrium am 9. Mai 23,21:15,92, am 10. Mai 23,21:20,82, am 15. Mai 15,60:16,18.

Dr. P. Fleroff und Dr. W. Gretschaninoff. 1. Patient 24 Jahre alt. Scorbut seit 3—4 Wochen. Sehr ausgedehntes Infiltrat in den Muskeln des rechten Beines und in den mm. obliqui des Abdomens. Nach 6 Spermininjectionen (vom 10. bis 18. Februar 1894). Aufhören der Schmerzen, beinahe vollkommenes Schwinden des Infiltrates am rechten Beine, Verkleinerung des Infiltrates in den mm. obliqui des Abdomen. Die am 12. Februar ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffes zum Harnstoffstickstoff 100:86,42, am 24. Februar wesentliche Steigerung des Oxydations-Coefficienten 100:92,28. Der Zerner'sche Coefficient am 12. Februar 0,41, am 24. 0 29. Das Verhältniss des Harnstoffs zu Chlornatrium am 12. Febr. 23,58‰, 9,6‰, am 24. 12,29‰:12,74‰.

Dr. Fleroff. Patient 22 Jahre alt. Scorbutus. Schon den ganzen Winter krank. Am 19. Februar 1894 — lockeres blutendes Zahnfleisch, schmerzhafte Infiltration der Wadenmuskeln und der Kniebeuge des linken Beines. An den unteren und oberen Extremitäten Acne scorbutica. In den beiden Knie- und Ellenbogenbeugen Petechien, Antiscorbutische Diät. Gurgelungen mit Decoct. quercus. Von 20. bis 28 Februar 1894 7 Spermininjectionen; nebenbei zwischen der 3. und 4. Injection Natr. sulfur., natr. bicarb. acid. tartar und zwischen der 6. und 7. Einspritzung Natr. salicyl. Während dieser Behandlung Besserwerden des Zahnfleisches. Abnahme der Infiltrate in den Wadenmuskeln und der Kniebeuge des linken Beines, Schmerzen an demselben nur beim Gehen, Besserwerden der Petechien. Pat. steht noch unter Beobachtung. Körpergewicht 19. Februar 4 Pud 11 Pfd., am 28. Februar 4 Pud 5 Pfund. Während der Beobachtungszeit Temperaturschwankungen: am Morgen zwischen 36,7 und 37,7, am Abend zwischen 37,7 und 38. Die am 24. Februar ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Harnstoffstickstoff 100.82,16, am 3. März 100:90,27. Das Verhältniss des Harnstoffs zu Chlornatrium am 24. Februar 22,01:14,92, am 3. März 18.50:13,62. Der Zerner'sche Coefficient am 24. Febr. 0.59, am 3. März 0,74.

Prof. M. Afonassjeff und Dr. H. Schapiro. Patient 37 Jahre alt. Arthritis deformans seit 1880. Zuerst Schwellung an den Gelenken der grossen Finger und Zehen, 1882 Syphilis, gegen welche er Quecksilbereinreibungen und Jodkalium gebrauchte. Bei Aufnahme in das klinische Institut (5. December 1892) hin und wieder exacerbirende Rücken-, Lenden-, Schulter- und Gelenkschmerzen an den Händen und Beinen. Lumbago. Schwäche der linken Hand und des linken Beines, Reizbarkeit, öttere Pollutionen, Abnahme des Gedächtnisses. Behinderte Bewegung in den Gelenken des linken Ellenbogens, der Wirbelsäule, der Finger und der Zehen. Verdickung der Knöchel am linken Beine. Leber und Milz etwas vergrössert. Körpergewicht 72,450. Bis zum 17. Februar 1893 — Behandlung mit verschiedenen inneren und äusseren Mitteln (Massage, Alkalien in Form von Lithium carbon. und Natrium bicarb., Arsen etc.) ohne sichtliche Resultate. Körpergewicht zwischen 72,450—70,050 schwankend. Wesentliche Herabsetzung der intraorganen Oxydationsprocesse. Die am 12. Februar ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffs zum Harnstoffstickstoff gleich 100:85,78. Nach einigen am 17. Februar begonnenen Sperminiinjectionen stieg dieses Verhältniss auf 100:91.56. Die Sperminiinjectionen (37) wurden bis zum 15. Mai fortgesetzt, wobei sich folgende Schwankungen des Oxydationscoefficienten herausstellten: am 23. Februar 100:88,44 am 16. März 100:88,31, am 19. März 100:89,29; am 30. März 100:92,54, am 8. Mai 100:92,56. Nach der 29. Injection Steigerung des Körpergewichts bis zu 71,500, nach Aufhören der Sperminiinjectionen am 15. Mai Gewicht am 21. Mai 70,800, am 28. 70,500, am 1. Juni 70,600.

Dr. M, F. Prochoroff. Arzt P. 51 Jahre alt. Seit 6 Jahren Arthritis, anfangs des rechten, darauf des linken Kniegelenks, später (regelmässig jedes Jahr oder sogar 2 mal jährlich) sowohl der Fussgelenke als auch der Gelenke der grossen Zehen an beiden Füssen. Seit 2 Jahren am 1. Interphalangealgelenk des rechten kleinen Fingers, deutliche rundliche, nicht schmerzhafte Anschwellung, 4 Tage nach dem Auftreten dieser Anschwellung ähnliche, aber schneller zurückgehende Anschwellung an demselben Gelenk des Zeigefingers derselben Hand. Im Sommer 1892 ebensolche in 6 Tagen nach entsprechender Behandlung (kalte Umschläge, Natrium salicyl.) zurückgegangene Anschwellung an dem linken Handgelenk. Die Gelenkschmerzen an den Gelenken hielten gewöhnlich gegen 5 Tage an; die nach ihrem Aufhören zurückgebliebene fluctuirende Anschwellung ging in 5, 6 oder 7 Wochen zurück. Gleichzeitig mit dem Auftreten der Anschwellungen an den Gelenken erschienen auch gruppenweise oder solitär sitzende kleine Geschwülste von verschiedener Form und Grösse an den beiden Ohrmuscheln. Diese Geschwülstchen zeigten hin und wieder Erscheinungen der Entzündung, die nach einigen Tagen durch spontanen Durchbruch oder künstliche Eröffnung ihren Abschluss fand, wobei eine milchweisse, syrupöse nach einigen Tagen festwerdende Masse zum Vorschein kam. Die im chemischen Laboratorium von Prof. Poehl ausgeführte Analyse derselben ergab, dass sie aus Harnsäure und Xantin besteht. Behandlung der genannten Anschwellungen, die an den Ohrmuscheln ausgenommen, war eine mannigfaltige: warme und kalte Umschläge, allgemeine warme Bäder und verschiedene innere Mittel. Salol, Antipyrin, Natrium jodatum, Vichy- und Essentukiwasser, hauptsächlich aber Natrium salicylicum erleichterten mit ungleichmässigem Erfolge die quälenden Schmerzen. Zu Beginn der am 10. Februar 1894 eingeleiteten Sperminbehandlung stellte sich Patient mit ausgesprochenen Anschwellungen am kleinen und Zeigefinger der rechten Hand und charakteristischen Geschwülsten an beiden Ohrmuscheln ein. Wegen Schonung der bei ihm (durch Gebrauch der obengenannten Mittel) afficirten Nieren wird das Spermin nach dem Rathschlage von Prof. Poehl von ihm per os eingenommen. Nach 18-tägigem Spermingebrauch beobachtete Pat. folgende Resultate: Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden einiger, Verkleinerung und Weicherwerden der zurückgebliebenen Geschwülste an den Ohrmuscheln, Aufhören der Dyspnoe, die sich bei ihm bei körperlicher Arbeit immer einstellte. Körpergewicht: 10 Februar 1894 162¾ Pfd., 28. Febr. 163½ Pfd. Dynamometrische Messung: 8. Febr. 120 Pfd., 26. Febr. 140 Pfd. Die am 7. Februar 1894 ausgeführte Harnanalyse ergab das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zu Harnstoffstickstoff 100:83,29, am 3. März 100:90,16. Das Verhältniss des Harnstoffs zu Chlornatrium an denselben Daten 15,38:9,74, 11.0:12,16. Der Zerner'sche Coefficient an denselben Daten 0,58, 0,55. Mikroskopisch untersucht, wies der Harn an dem ersten Datum Pflasterepithel, Leukocyten und hyaline Cylinder, an letzterem Datum Pflasterepithel und Leukocyten auf.

VI. Marasmus.

Dr. Tjascheloff. Gangraena senilis. Tonische Wirkung.

Dr. Mrotschkowsky. Pat. 65 Jahre alt. Marasmus senilis. Hebung des Kräftezustandes.

Dr. Cholodkowsky. Marasmus senilis. Chronische Bronchitis und Katarrh der Lungen. Allgemein tonisirende Wirkung. Steigerung der physischen und psychischen Thätigkeit.

Dr. Schichareff. Patient 64 Jahre alt. Schlottergelenk, Muskelatrophie der rechten unteren Extremität, (geht mit 2 Stöcken herum) Apathie. Nach 8 Injectionen Freierwerden der Bewegung, Verschwinden der Apathie.

Dr. Wiktoroff (2 Fälle). 1) Patient 69 Jahre alt. Marasmus senilis. Allgemeine Schwäche, andauerndes Ermüdungsgefühl in den Beinen. Unangenehme Stimmung. Nach 2 Injectionen Freiwerden der Bewegungen, bessere Stimmung. 2) Patient 49 Jahre alt. Epilepsie seit 1872. Anfälle jeden Monat mehrere Male. Unregelmässiger Puls. Nach 5 Injectionen subjectives Gefühl der Besserung. Puls ohne Veränderung.



Dr. Bukoemsky (2 Fälle). 1) Patientin 95 Jahre alt. Puella intacta. Marasmus senilis. Bedeutende Schwerhörigkeit, ohne wahrnehmbare Veränderungen im Gehörorgan, hört nicht den Schlag der mit ihrem Ohr direct in Berührung gebrachten Uhr). Seit 15 Jahren Schmerzen in der Lendengegend besonders beim Gehen. Nach 8 Injectionen bedeutende Besserung des Hörvermögens (hört den Uhrschlag auf Entfernung von 5 Ctm.), vollkommenes Verschwinden der Lendenschmerzen, Besserung des Appetits. 2) Patientin 43 Jahre alt. 10 Jahre krank. Atrophischer Zustand und hysterische Erscheinungen. Leichte Endometritis, vergrösserte und schmerzhafte Ovarien. Allgemeine Reizbarkeit. Hyperästhesie im Gebiete der n. optici, acustici, einiger Abschnitte der Haut, Harnblasenkrämpfe; Obstipation. Vor und nach den schmerzhaften und sehr spärlichen Menstrualblutungen. Globus hystericus und Rigidität der Extremitäten. Nach 12 Injectionen Verschwinden sämmtlicher Symptome und vollkommene Genesung.

(Schluss folgt).

Referate.

Walthard: Zur Aetiologie peritonealer Adhaesionen nach Laparotomien und deren Verhütung. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerz. 1893. Nr. 15.)

Verf. hat zahlreiche, sorgfältig ausgeführte, experimentelle und klinische Untersuchungen zur Ergründung der Frage angestellt, wodurch die fast constanten, nicht selten zu Darmocclusion mit einer zweiten Laparotomie oder letalem Exitus führenden Adhäsionsbildungen bei intraperitonealen Eingriffen erzeugt werden und kommt zum Ergebniss, dass länger dauernder Contact der atmosphärischen Luft mit der normalen Serosa der Abdominalhöhle Austrocknung, Nekrose der obersten Zellschichten bedingt, d. h. eine Schädigung hervorruft, welche auch bei völlig aseptischem Verlauf als ätiologisches Moment peritonealer Adhäsionsbildungen aufzufassen ist. Die trockene Asepsis im Princip und mit ihr die ganze bisher übliche Toilette der Abdominalhöhle im Sinne des Austrocknens und Auswischens der Peritonealfalten mit Trockenmaterial ist zu verlassen und an Stelle der trockenen Asepsis ist namentlich bei lange dauernden Operationen die «feuchte Asepsis» einzuführen. Unter feuchter Asepsis versteht er ein Verfahren, durch welches, neben Schutz des Operationsgebietes vor Infection, die Austrocknung der Serosa durch den Luftcontact vermieden wird, indem man nach Eröffnung der Bauchhöhle schnell alle sichtbaren Theile von Netz, Darm etc. mit steriler, von Minute zu Minute warm angefeuchteter Kochsalzgaze soweit bedeckt, dass eben nur Raum für den Schnitt, die Naht od. dergl. übrig bleibt. Fremdkörper, die in die Abdominalhöhle gelangen, wie Blut oder Cysteninhalt aseptischer und auch infectiöser Natur, werden nicht mit Tupfern ausgewischt resp. in die Serosa hineingewischt, sondern durch Spülung aus der Bauchhöhle vermittelst einer für die Serosa indifferenten Flüssigkeit (z. B. der Tavel'schen Kochsalzsodalösung) von 38° C. hinausgeschwemmt.

H. Fremmert.

G. Feurer: Infantile Eklampsie, erzeugt durch Blinddarm-Leistenbrüche. (Corr.-Bl. für Schw. Aerzte 1893, Nr. 9.)

Im Kindesalter können, bei der dann existirenden erhöhten Reflexerregbarkeit, mannigfaltige periphere Reize, Störungen des physiologischen Verhaltens, gelegentlich auch stürmische Convulsionen, Eklampsie, hervorrufen. Sieht man von den Erkrankungen des centralen Nervensystems ab, so löst am häufigsten der Verdauungstractus Krämpfe aus und sind allgemeine Convulsionen, welche durch Spulwürmer, Dyspepsien und auch durch mechanische Störungen (Invagination, Mastdarmpolypen) erzeugt wurden, lange bekannt; dass dasselbe auch durch Hernien, freie oder eingeklemmte, geschehen kann, scheint bisher nicht beobachtet worden zu sein. Verf. theilt nun zwei Fälle von reponiblem rechtseitigem Leistenbruch bei einem mässig rachitischen Knaben von 5 Monaten mit, wo offenbar die Hernien eklamptische Anfälle veranlassten. Das erste Kind starb in einem solchen Anfalle und fand sich bei der Obduction eine Dislocation des Proc. vermicularis, der in einer Länge von 10 cm. (!) im Leistenkanal lag und an seiner Spitze mit dem Hoden verwachsen war: nach Ausschluss aller anderen causalen Momente konnte nur die bei vermehrter Peristaltik auftretende Zerrung am fixirten und abnorm verlängerten Wurmfortsatz zur Erklärung der Krankheitserscheinungen herangezogen werden. Durch diesen Fall belehrt, wurde das zweite Kind sofort einer Radicaloperation unterworfen und bestand der Bruchinhalt aus Coecum und Proc. vermicularis, welcher letztere einige lange Verwachsungen mit dem Bruchsack zeigte; Pat. genas und die Krampfanfälle blieben seitdem aus. F. schliesst mit der These, dass also Eklampsie in seltenen Fällen eine Indication zur Radicaloperation nicht eingeklemmter Hernien bilde.

Fremmert.

M. Aaser: Intubation ved Krup. Norsk Magasin for Lägevidenskäben. 1894 Febr.

Verf. hat 18 Fälle mit Intubation behandelt, davon 1 Fall von acutem Larynxcatarrh ohne Belag, die übrigen 17 mit Croup in Folge diphtheritischer Membranen. Die Patienten waren eines unter einem Jahre, 16 zwischen 1—10 Jahren, einer erwachsen. Genesung erfolgte in 6 Fällen, Tod in 11, davon 7 durch das Diphtheriegift, 4 durch Bronchopneumonie.

In allen Fällen führte er die Intubation im selben Moment aus, wo er sonst die Tracheotomie hätte machen müssen und ist der Meinung, dass die Resultate denen der Tracheotomie keineswegs nachstehen. Vortheile der Methode sind, dass die Wunde und die secundäre Infection derselben vermieden wird und dass die Eltern in die Tracheotomie oft erst willigen, wenn es zu spät ist, während der Intubation kaum jemals ein Hinderniss in den Weg gelegt werden dürfte. Als Nachtheil des Verfahrens kann angesehen werden, dass es locale Pinselungen und dergl. so gut wie ausschliesst. — Verf. benutzt das Instrumentarium von O'Dwyer. Den während der Einführung am Instrument hängenden Seidenfaden entfernt er nicht, schützt ihn aber durch Immobilisirung der Ellenbogen mittelst leichten Pappschienen vor den Angriffen der kleinen Patienten.

Verf. findet, dass man sich durch kurze Uebung an der Leiche bald mit der Methode vertraut macht.

Buch (Willmannstrand).

Prof. O. Wyss: Zur Therapie des Hydrocephalus. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzt. 1893, Nr. 8.)

Bei Verfolgung des weiteren Schicksals einer grösseren Anzahl von Hydrocephalen aus dem Züricher Kinderspital, ergab sich, dass von 45 Fällen 31 gestorben sind; von 2 fehlen spätere Nachrichten, 10 blieben am Leben. Letztere stehen zwischen dem 3. und 21. Lebensjahre, 7 lernten zwischen dem 2. und 6. Lebensjahre gehen und 5 wurden schulbesuchsfähig. 24 Fälle wurden als congenitale mit begreiflicherweise viel schlechterer Prognose, 16 als acquirirte aufgefasst, 1 blieb zweifelhaft. Therapeutisch waren, dem Usus gemäss, die bekannten Resorbentien, Laxantien und Drastica, die symptomatisch wirkenden Mittel, die Kälte, (früher auch Blutegel) und von W. namentlich die, vielfach nicht ohne Erfolg bleibenden, Roborantien in Anwendung gekommen. Auf die schon durch Swifft 1741 empfohlene Punction der Hirnhöhlen, welche von Wernicke und Zeuner nach Trepanation des Schädels, von Langenbeck durch das Orbitaldach ausgeführt wurden, verzichtete W. für längere Zeit, nachdem er sie in den 70-er Jahren öfter ohne günstige Resultate angewandt hatte: er zog sie aber, nachdem Rehn 1886 seine bekannten Fälle beschrieben und Quincke 1891 eine neue Methode, die Punction und Entleerung der Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Wirbelkanal in der Lendenwirbelsäule, gelehrt, wieder in Berücksichtigung. Seit 1886 vollzog W. die Punction des Schädels und später die des Subduralraumes in der Lendenwirbelsäule abermals in mehreren Fällen und constatirte, dass, wenn die Operation auch in der Regel keine definitive Heilung herbeiführte, doch in dieser Zeit niemals ein Schaden daraus entstand; wohl aber wurde bei einer Kranken, welche in der Zeit vom 10. bis 13. Lebensmonat 7 Mal in leichter Narcose punctirt werden musste, eine ganz wesentliche Besserung des Zustandes durch intracranielle Druckverminderung erzielt (das verloren gegangene Sehvermögen kehrte zurück und blieb erhalten; das Kind war im 28. Lebensmonat, als es zuletzt ärztlich untersucht wurde, körperlich sehr gut entwickelt, geistig allerdings stumpf). Durch die Entfernung hydrocephalischer Flüssigkeit kann nach W. und früheren Autoren Folgendes erreicht werden: Beseitigung von Convulsionen, Beruhigung des Pat., günstige Beeinflussung der körperlichen Entwicklung, Besserung resp. Rettung psychischer Functionen, Wiederherstellung des verloren gegangenen Sehvermögens und wiegt das alle zuweilen beobachteten, jetzt wohl auch immer vermeidbaren Nachtheile auf. Die Punction des Schädels resp. des Subduralraums von der Lendengegend aus ist daher berechtigt, ja geradezu indicirt: 1) bei schweren Druckerscheinungen frischer Meningitiden; 2) bei nicht tuberculöser Meningitis im späteren Stadium und auch bei Hydrocephalus auf congenit.-syphil. Basis; 3) bei nach Meningitis entstehender Vergrösserung des Kopfes (hier eventuell öfter zu wiederholen); 4) bei sich einstellendem Verlust wichtiger Functionen, wie Eintreten von Erblindung durch Hydrocephalus, namentlich bei Absenz von Neuritis.

Fremmert.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Neusser: Ueber Diagnose und Therapie in der inneren Medicin. Antrittsvorlesung. Wien u. Leipzig. W. Braumüller 1893.

Nach einigen Worten der Anerkennung, welche Redner seinen Vorgängern Kahler und Bamberger zollt, hebt er die Wichtigkeit der inductiven Methode der Diagnostik hervor, von der nur in Ausnahmefällen abzuweichen gestattet ist. Einige praktische Beispiele werden angeführt. Alsdann werden die therapeutischen Grundsätze in kurzen Zügen besprochen und allgemeine Gesichtspunkte zum therapeutischen Handeln hervorgehoben. Zum Schluss ermahnt Redner seinen Zuhörerkreis das Wort zu beherzigen das über dem Thore der Wiener Klinik angebracht ist: «saluti et solatio aegrorum». Lingen.

Dr. Emil Bock: Die angeborenen Kolobome des Augapfels. Eine anatomische und klinische Studie. 212 S. mit 39 Abbildungen auf 6 Tafeln in Lichtdruck und 6 Figuren im Text. Wien, Verl. v. Joseph Safar. 1893.

Die Kolobome des Auges bieten als wichtigste angeborene Anomalie des Sehorgans ein hervorragendes entwickelungsgeschichtliches Interesse. Sie haben aber zugleich durch ihre Mannigfaltigkeit und durch die Eigenart der durch sie hervorgerufenen Bilder seit jeher auch die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen auf sich gelenkt. So ist gerade von augenärztlicher Seite im Laufe der Zeit eine reiche Casuistik der verschiedenen Kolobombildungen des Auges zusammengetragen worden und in einer Reihe von Fällen ist der klinischen Beobachtung auch die anatomische Untersuchung gefolgt. Dennoch fehlte bisher eine umfassende klinisch-anatomische Bearbeitung des Gegenstandes, wie das vorliegende Werk sie darbietet. Der Verfasser verfügt über ein anatomisches Material von 28 Augen, darunter 10 Menschenaugen — eine verhältnissmässig sehr grosse Zahl, wenn man die Seltenheit der Kolobome und die Schwierigkeit, solche Augen zur anatomischen Untersuchung zu bekommen, erwägt! Die übrigen 18 sind Schweinsaugen. Die klinischen Beobachtungen beziehen sich auf 31 Augen von 24 Personen. Wenn der Verfasser nun auch hauptsächlich diese eigenen Fälle seinem Werke zu Grunde legt, so sind doch auch frühere Arbeiten anderer Autoren und die vorhandene Casuistik in ausgiebiger Weise berücksichtigt, was sich schon aus dem genauen, nicht weniger als 355 Nummern enthaltenden Literaturverzeichniss ergiebt. Das Buch, welches nur studirt, nicht aber in Kürze referirt werden kann, gliedert sich übersichtlich in drei Abschnitte: 1) eigene Fälle, ausführliche Beschreibung der anatomischen Befunde und der klinischen Bilder. 2) Beschreibung der verschiedenen, an den einzelnen Theilen des Augapfels vorkommenden Kolobombildungen, sowie allgemeines über Statistik und Vererbung derselben. 3) die Entstehung der Kolobome des Augapfels, ihre entwickelungsgeschichtliche Erklärung. Eine grosse Summe von einzelnen Thatsachen und von detaillirten Untersuchungsbefunden ist so in systematischer Weise angeordnet. Das Werk stellt eine werthvolle Bereicherung der neuesten ophthalmologischen Literatur dar. Die Ausstattung des Buches, sowie die Ausführung der Lichtdrucktafeln ist eine sehr gute.

Blessig.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 16. September 1893.

Herr Otto hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Enuresis nocturna».

Vortragender unterzieht an der Hand eines mit Mundathmung complicirten und durch Behandlung der Nase geheilten Falles von Enuresis nocturna die Gesammtfrage nach der Aetiologie dieses Leidens einer erneuten Revision, wobei ihm die anatomisch-physiologischen Forschungen Dittels als Basis zu dem Versuch einer Systematisirung des Stoffes dienen. Der Umstand, dass es sich nach Dittel vor der Pubertätsreife oft um eine absolute Insufficienz des in seiner Entwicklung hinter dem Detrusor zurückgebliebenen Sphincter handelt, lässt es Vortragendem nothwendig erscheinen, Fälle von Enuresis nocturna nach eingetretener Vollentwicklung des Schliessmuskels einer durchaus gesonderten Auffassung zu unterziehen. Wie anders wäre auch der vielgestaltige Heilapparat zu verstehen bei einem Leiden, welches erfahrungsgemäss auch ohne alle Therapie schliesslich zu heilen pflegt.

Hiernach möchte Vortragender 3 Hauptformen therapeutisch von einander abgegrenzt wissen.

1) Diejenige, wo absolute Insufficienz des Sphincters im Zeitraume vor der Pubertät vorliegt. Therapeut. Indication: Inductionsstrom, Massage.

2) Diejenige Form, welche nach eingetretener Pubertät besteht. Hebung der psych. Sphäre: Suggestive Heilmethode.

3) eine Mischform, welche bei Mundathmern vorzukommen pflegt und entweder in die Zeit vor oder nach der Pubertät fällt. Die therapeutische Indication verlangt in erster Linie gründliche Wiederherstellung der physiologischen Respiration.

(Der Vortrag ist in extenso in der Petersburger med. Wochenschrift 1893 abgedruckt).

Herr Jaesche und Herr Lunz wenden sich gegen die vom Vortragenden gebrauchte Classification: Enuresis simplex und E. complicata. Herr Lunz meint, dass auch der vom Vortragenden beobachtete Fall als eine reflectorische Erkrankung des Schliessmuskels aufzufassen sei; die hauptsächlichste Störung sei eine rein nervöse, gleichviel, ob die Nase oder der Geschlechtsapparat das pathologisch-anatomische Substrat abgeben.

Herr Otto giebt zu, dass die Entscheidung oft schwer sei, was Folge, was Ursache sei; er habe jedenfalls den ersten Anfang eines Systems in 3 Gruppen versucht; die Frage ist noch nicht geklärt; wie gesagt, sei Dittel der erste, der pathologisch anatomische Erklärungen gebe, alles Uebrige sei Hypothese.

Herr Kessler führt an, dass der von König beobachtete Fall (Bettnässer von der frühesten Jugend bis in die Pubertät hinein), bei welchem der therapeutische Effect vom Vortragenden als ein psychischer bezeichnet wurde, mit den bisherigen Erfahrungen im Widerspruch stehe, weil solche Patienten sich bisher nach anderweitigen Erfahrungen (Ringier) durch Hypnose als nicht heilbar erwiesen haben.

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Butylchloral gegen Hemicranie.

1) Rp. Butylchloral hydr. 1,00
Extrct. Cannabis ind. 0,25.
M. div. in p. aeq. № 16.

D. in Kapsul S. 2 Kapseln sogleich, dann halbstündlich eine Kapsel bis zur Wirkung.

Gewöhnlich sollen auch in schweren Fällen die Schmerzen schon nach der 3. Kapsel schwinden.

(Nouv. remèdes № 14.)

2) Rp. Butylchloral hydr. 1,00.
Tr. Gelsemii gutt. XXX.
Tr. Cannabis ind. gutt. XV.
Glycerini 16,0.
Aq. dest. q. s. ad 90,00.

MDS. 10 Gr. pro Dose nach Bedürfniss mehrmals täglich.

(Practitioner.)

— Ichthyol gegen Erysipelas.

Glinsky empfiehlt dringend

1) Rp. Ichthyol
Collod. elast. ãã 100,00.
Aetheris
Alhohol rctfss ãã q. s. ad solution.

Die Lösung wird auf die gesunden Partien und 3—4 Fingerbreit über dieselben hinaus aufgepinselt.

2) Liebreich sieht Ichthyol für das wirksamste Mittel gegen Erysipelas an. Er benutzt.
Ichthyol.
Lanolin pur ãã
3—4 Mal täglich einzureiben.

(Allg. Med. Centralzt. 1893).

— Coley: Herzkrankheiten bei Kindern. (Brit. med. Journ. S. 1717, 1893.) Die Herzkrankheiten bei Kindern sind ungemein häufig und geben eine günstige Prognose für die Restitutio ad integrum. Aetiologisch kommt das rheumatische Virus vor allem in Betracht, das bei Abwesenheit aller Gelenksaffectionen seine einzige Localisation im Herzen finden kann, blos durch Temperatursteigerung sich zu erkennen gebend. Auch die septische Endocarditis zeigt bei Kindern häufig günstigen Verlauf. Eine häufige Ursache einer Regurgitation von Blut durch die Mitralklappe glaubt Autor in einer vorübergehenden Dilatation des linken Ventrikels finden zu müssen. Insbesondere das laute systolische Geräusch, das man im Verlaufe der Chorea oder Chlorose auftreten sieht, glaubt Autor eher darauf, als auf die zarten gelegentlich bei Autopsien solcher Fälle vorgefundenen Klappenvegetationen zurückführen zu sollen. (Internat. klin. Rundschau.)

— Mannaberg: Ueber Accentuirung des II. Pulmonaltones bei Perityphlitis. In den Jahren 1882—92 wurde bei 88 Fällen von Perityphlitis auf der Nothnagel'schen Klinik 10 Mal das Vorhandensein des accentuirten Pulmonaltones constatirt. Seitdem kamen 13 Fälle von gewöhnlicher acuter Perityphlitis zur Beobachtung. Unter diesen wurde der Pulmonalton 4 mal sehr laut accentuirt, 7



mal deutlich lauter als der II. Aortenton befunden, in den beiden restirenden Fällen war sowohl der Pulmonal- wie der Aortenton laut klappend, einmal war Spaltung des Pulmonaltones vorhanden. Auf eine Erklärung des Symptomes verzichtet M. vorläufig.

(Centralblatt für innere Medicin.)

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Richard Thoma, ist auf seine Bitte aus dem Dienst entlassen worden und wird daher zu Ostern seine Vorlesungen schliessen, um nach Deutschland zurückzukehren. In Prof. Thoma, welcher 10 Jahre in Jurjew docirt hat, verliert die dortige Universität wiederum eine hervorragend tüchtige und wissenschaftlich leistungsfähige Lehrkraft. Zu seinem Nachfolger ist der Prosector beim Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität, Dr. Michael Nikiforow, und zwar als ausserordentlicher Professor, ernannt worden.

— Die Jurjewer (Dorpater) Naturforschergesellschaft hat ihren ehemaligen Präsidenten, Prof. Dr. G. Dragendorff, zum Ehrenmitgliede gewählt. Die durch das Hinscheiden des Professors Carl Schmidt, des letzten Präsidenten der Naturforschergesellschaft. nothwendig gewordene Präsidentenwahl ist aufgeschoben und sind die Functionen des Präsidenten bis zum Ablauf dieses Jahres dem Vicepräsidenten, Prof. Dr. E. Russow, übertragen worden.

— Am 8. März beging der Odessaer Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Demetrius Dallas, das 60-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Zahlreiche Collegen, Freunde, Vertreter verschiedener Anstalten und ehemalige Patienten hatten sich in der Wohnung des Jubilars eingefunden, um ihm ihre Glückwünsche darzubringen. Eine Deputation der Stadtverwaltung, mit dem Stadthaupt an der Spitze überreichte dem Jubilar das Ehrenmitglieds-Diplom der Stadt Ausserdem war eine grosse Zahl Gratulationstelegramme eingelaufen.

— Vor Kurzem feierte der Professor der Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alex. Makejew, sein 25-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit er von mehreren Deputationen beglückwünscht wurde, die ihm Adressen überreichten.

— Am 12. März vollendeten sich 25 Jahre der wissenschaftlichen Thätigkeit des Professors der Physik an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsraths Dr. Nikolai Jegorow.

— Die medicinische Gesellschaft in Konstantinopel, welche ein eigenes Blatt, die «Gazette médicale d'Orient» herausgiebt, hat, wie den «Russkija Wedomosti» mitgetheilt wird, den Chef der militär-medischen Academie, Prof. Dr. Paschutin, zum Ehrenmitglied erwählt.

(Wr.)

— Zum Vorsitzenden der medicinischen Prüfungscommission an der Charkower Universität ist seitens der Regierung Prof. Dr. Anrep (St. Petersburg) ernannt worden.

— Prof. Dr. Tscherinow (Moskau) ist anlässlich seines Jubiläums (s. die vorige Nummer d. Wochenschr.) von der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Der Professor der Syphilidologie und Dermatologie an der Kasanschen Universität, Staatsrath Dr. A. Gay, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Uebergeführt: Der ordentliche Professor der Psychiatrie und Neurologie an der Warschauer Universität, Dr. Nikolai Popow auf den entsprechenden Lehrstuhl an der Kasanschen Universität; der ausserord. Prof. der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität — auf den Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an derselben Universität.

— Ernannt: Die ausserordentlichen Professoren der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Tamman (Chemiker) und Dr. Gubarew (Gynäkolog) — zu ordentlichen Professoren.

— Verstorben: 1) Am 27. Februar im Kirchdorf Petschajewo bei Morshansk der Landschaftsarzt Dr. Emanuel Löwenton im 29. Lebensjahre am Flecktyphus. Als Sohn eines Arztes in Bessarabien geboren, erhielt er seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität, an welcher er von 1885—1890 studirte. Im Jahre 1890 absolvirte er das Doctorexamen und war dann einige Zeit Arzt an der Orel-Grjasi-Eisenbahnlinie, wo er auch an der Bekämpfung der Cholera Theil nahm. Nachdem er seine Doctorpromotion abgehalten, trat er im Juni des verflossenen Jahres in den Dienst der Morshansk'schen Landschaft, wo er sich bei der Behandlung einer angereisten Lehrerin, die am Flecktyphus dort erkrankte, inficirte. Die Kranke genas, der Arzt aber starb. Die Beerdigung fand auf Kosten der Landschaft in der Stadt Morshansk statt, wo der Kreisarzt M. Müller am offenen Grabe dem Hingeschiedenen einen warmen Nachruf hielt. L. hat seine Frau ohne jegliche Existenzmittel zurückgelassen. 2) In Kaluga am 25. Februar der jüngere Arzt einer Artilleriebrigade, Theodor Kühn, welcher sich mit Morphium vergiftet hat, im Alter von 30 Jahren. 3) In Tiflis der verabschiedete Militärarzt Kischmischew, der in seiner Wohnung ermordet wurde. 4) In Konotop der Landschaftsarzt des Tschernigowschen Gouvernements. W. S. Schichuzki, im 39. Lebensjahre an der Schwindsucht. 5) In Paris Victor Rivellot, welcher lange Jahre hindurch die «Gazette des hopitaux» herausgab. 6) In Geseke (Westfalen) der Geheime Sanitätsrath Dr. Schupmann, vermuthlich der älteste Arzt Deutschlands, im nahezu vollendeten 93. Lebensjahre. Der Verstorbene war bis zu seinem 91. Lebensjahre als dirigirender Arzt des dortigen Provinz-Krankenhauses thätig. Als ein Beispiel seiner seltenen Pflichttreue und Berufsfreudigkeit wird angeführt, dass er bis zu seinem 50-jährigen Jubiläum im Jahre 1875, welches mit ebenso langer ärztlicher Thätigkeit zusammenfiel, von Entfernungen im Berufe abgesehen, — nicht eine einzige Nacht ausserhalb Geseke's zugebracht hatte.

(A. m. C.-Ztg.)

— Das «Archiv für Dermatologie u. Syphilis» begründet von H. Auspitz und F. J. Pick hat in diesem Jahre soeben das Jubiläum seines 25-jährigen Bestehens gefeiert und mit ganz besonderem Vergnügen sprechen wir dem allverehrten Redacteur Prof. F. J. Pick hiermit unsere vollste Anerkennung für seine bedeutenden Verdienste um die jahrelange vorzügliche Leitung des Journales aus, denn ihm vor Allem ist es zu verdanken, dass das Archiv sich zu einem so ausgezeichneten wahrhaft internationalen Fachjournal entwickelt hat, welches jedem Dermatologen, in welchem Lande er auch arbeiten möge, unentbehrlich geworden ist. Der Aufschwung, den die Dermatologie im Verlauf der letzten Decennien genommen ist zu nicht geringem Theile gerade diesem «Archiv» zu verdanken und seinem unermüdlichen Leiter, in Gemeinschaft mit so hervorragenden Special-Collegen, wie Prof. Kaposi, Prof. Neisser, Prof. Lewin und Prof. Kaspary. Gegenwärtig zählt das Archiv zu seinen ständigen Mitarbeitern auch die bedeutendsten Kräfte aller civilisirten Länder.

Im Heft I des XXVI Bandes giebt Prof. Pick einen kurzen Ueberblick über die Entwicklung des «Archivs» im ersten Vierteljahrhundert seines Bestehens und spricht seinen Dank allen seinen Mitarbeitern aus, in bescheidener Weise seine eigenen Verdienste zurückdrängend. Wir wissen es aber nur zu gut, wie beständig die Hauptarbeitslast auf dem stets jung bleibenden Redacteur F. J. Pick gelegen und wünschen es in aller Specialcollegen Interesse, dass ihm diese unverwüstliche Frische und Energie noch lange erhalten bleiben möge. Mögen diese Zeilen dem verehrten Jubilar ein kleines Zeichen dessen sein, wie auch in Russland seine verdienstvolle Thätigkeit rückhaltlose Anerkennung gefunden hat. P.

— Als Candidaten für den Lehrstuhl der Syphilidologie an der militär medicinischen Academie nach dem Rücktritt des Professors W. M. Tarnowski werden die Privatdocenten der genannten Academie Dr. Grazianski und Dr. Trapesnikow und der Kiewer Professor Dr. Stukowenkow genannt.

— Der Director des Medicinaldepartements wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin, ist von der internationalen Sanitätsconferenz in Paris nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Das Organisationscomité des VI. Congresses russischer Aerzte, welcher bekanntlich im April 1896 in Kiew stattfinden wird, besteht aus den Professoren Morosow (Chirurg) als Präsidenten, Podwyssotzki (Patholog) als Secretär, Tschernow (Pädiater) als Cassirer und Chodin (Ophthalmolog) als Redacteur.

— Wie die «Bolnitschnaja Gazeta» erfährt, haben sämmtliche Aerzte des Gouvernements-Landschaftshospitals in Smolensk, mit dem Oberarzt Dr. Engelhardt an der Spitze, ihren Abschied eingereicht. Dr. Engelhardt ist bereits 20 Jahre im Dienste der Landschaft.

— Das Blindencuratorium der Kaiserin Maria Alexandrowna wird in Anbetracht der grossen Verbreitung von Augenkrankheiten unter unserer Landbevölkerung und des fühlbaren Mangels an Specialisten für diese Krankheiten in diesem Jahre wiederum fliegende Colonnen mit Augenärzten an der Spitze in verschiedene Gegenden



des Reichs abcommandiren, um der ärmsten Landbevölkerung vorzugsweise oculistische Hülfe zu bringen. Es wird beabsichtigt, solche fliegende Colonnen in die Gouvernements, Twer, Kostroma, Nishni-Nowgorod, Jekaterinoslaw, Tula, Mohilew, Podolien, Tschernigow, Wologda, Ssaratow, Ssamara, Minsk, Kowno, Tobolsk und Tomsk zu entsenden. Die Resultate, welche die im vorigen Jahre in verschiedene Gouvernements abcommandirten sieben fliegenden Colonnen von Augenärzten erreichten, waren durchaus erfreuliche: ausser verschiedenen anderen ärztlichen Hülfeleistungen haben dieselben ca. 1500 Augenoperationen ausgeführt.

— Nach dem auf der Jahresversammlung der Russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» erstatteten Berichte betrug das Kapital der Gesellschaft am 1. Jan. 1894 — 7,236.739 Rbl. Der Zuwachs im letzten Jahre beziffert sich auf 1,181.343 Rbl. Das weibliche Sanitätspersonal, welches von der Gesellschaft unterhalten wird, zählte am 1. Jan. d. J. 2207 barmherzige Schwestern.

— Bei der Kiewer Universität sind neuerdings zwei Stipendien für Medicinstudirende gestiftet, das eine von den Frauen P. N. Tarnowskaja und O. N. Rukawischnikowa zum Andenken an ihren Vater, den weiland Generalstabsdoctor Dr. N. J. Koslow aus den Zinsen eines Kapitals im Betrage von 6000 Rbl. und das zweite von dem verstorbenen Militärarzt Wassili Kornilowitsch aus den Zinsen eines Kapitals im Betrage von 9600 Rbl. In beiden Fällen haben das Anrecht auf das Stipendium nur Personen russischer Abkunft und orthodoxer Confession. Beim Stipendium Kornilowitsch muss sogar nachgewiesen werden, dass auch die Grosseltern des Stipendiaten orthodoxer Confession gewesen sind.

— Der in Mitau verstorbene deutsche Reichsangehörige Heinrich Beer hat sein ganzes Vermögen im Betrage von 247,000 Rbl. Wohlthätigkeitsanstalten in Russland vermacht. Das St. Petersburger Bezirksgericht hat in der vorigen Woche das betreffende Testament desselben bestätigt, nach welchem die Frau des Erblassers lebenslänglich eine Jahresrente von 1200 Rbl. erhält, während der Rest der Zinsen zum Kapital geschlagen wird. Nach dem Tode der Frau wird das ganze Kapital an folgende Anstalten vertheilt: 1) an das Blindenasyl zum Andenken an Dr. Blessig in St. Petersburg; 2) an das evangelische Hospital und Diakonissenhaus in St. Petersburg; 3) an das von den deutschen Reichsangehörigen gegründete Alexanderhospital für Männer in St. Petersburg; 4) an das evangelische Emanuel-Asyl für Epileptiker in St. Petersburg; 5) an das Lepraasyl in Nennal (Livland) und an die neu gegründete kurländische Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra; 6) an die deutschen Wohlthätigkeitsinstitutionen in St. Petersburg; 7) an die evangelische Stadtmission in St. Petersburg 8) an das evangelische Arbeitshaus; 9) an die Armen- und Waisenschule der hebräischen Gemeinde; 10) an die Waisenschule der evang.-luth. Katharinenkirche in St. Petersburg. Jede dieser Institutionen erhält ein Zehntel der Hinterlassenschaft, mit der Bedingung, dass nur die Zinsen dieses Kapitals ausgegeben werden dürfen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. März d. J. 6635 (113 mehr als in der Vorwoche), darunter 268 Typhus — (1 mehr), 806 Syphilis — (21 mehr), 38 Scharlach (2 weniger), 27 Diphtherie — (= d. Vorw.), 75 Masern — (8 mehr), und 20 Pockenkranke — (3 mehr).

Vacanzen.

1) Drei Landschaftsarztstellen im Kreise Nowaja-Ladoga (Gouv. St. Petersburg) und eine vierte im Kreise Gdow (Gouv. St. Petersburg) sind erledigt. Nähere Auskünfte ertheilt Dr. Дмитріевъ in St. Petersburg täglich in dem Gouvernements-Landschaftsamte (Ssadowaja № 5). Gehalt 1200 Rbl. jährlich.

2) Im Mohilewschen Gouvernement sind 3 Stadtarztstellen vacant, und zwar in den Städten Tschaussy, Tscherikow und Gorki. Gehalt 600 R. jährlich. Die Meldung geschieht beim Mohilewschen Gouverneur.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. März 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
329	268	597	103	71	111	17	6	14	46	56	45	44	41	31	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 34, Scharlach 7, Diphtherie 17, Croup 5, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.

Новое изданіе К. Л. Риккера въ Спб., Невскій пр., 14.

РУКОВОДСТВО
КЪ КЛИНИЧЕСКОМУ ПОЛЬЗОВАНІЮ ЛѢКАРСТВАМИ
для врачей и студентовъ.

Профессора д-ра **Фр. Пенцольдта**, въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ 3-го исправл. и дополн. нѣмецкаго изданія прив.-доц. д-ра **Г. А. Шапиро.**

Русское изданіе второе. 1894. Цѣна 3 руб., съ пересылкой 3 руб. 35 к.

Bad Homburg

½ Stunde von Frankfurt a. M.

in hoher Lage am Taunusgebirge. Wirksame Brunnenkur bei Magen- u. Unterleibsleiden, Gicht und Anaemie. Neues Badehaus. Kochsalz- und kohlensaure Mineralwasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt.

Luftkurort ersten Ranges. Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen. — **Mineralwasser Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres.** (22) 6—2

Mein in Fachkreisen empfohlenes und überall eingeführtes

Bakterien-Mikroskop

mit 3 Okularen und 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung. Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, grosses Hufeisen-Messing-Stativ etc. liefere unter Garantie für Güte und Brauchbarkeit complet in Mahagoni-Kasten zu **140 Mark**; do. mit Irisblende **150 Mark.**

Ferner empfehle mein gesetzl. geschütztes

Universal-Bakterien-Mikroskop

mit Objectiv-Revolver mit 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Okular-Revolver mit 3 Okularen, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, ganz grosses Hufeisen-Stativ mit neuester Micromillimeterschraube, complet in Mahagoni-Kasten **200 Mark.** (Geprüft und begutachtet von Prof. Dr. M. Nencki, St. Petersburg; Prof. Dr. Chomjakoff, Kasan; Dr. L. von Nencki, Warschau).

Illustrirte **Cataloge** mit Gutachten gratis und franco! (13) 12—6

Ed. Messter, Optiker und Mechaniker, **Berlin NW.** Friedrichstr. **№ 95.**

Lieferant für hiesige und auswärtige Universitäten und Krankenhäuser.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера въ Спб. Невскій пр. № 14, поступили въ продажу:

Pathologisch-anatomische Tafeln

nach frischen Präparaten

mit erläuterndem anatomisch-klinischem Text

Unter Mitwirkung von **Prof. Dr. Alfred Kast**, Redigirt von **Dr. Theodor Rumpel.**

Lieferung I enthält:
Oesophagitis, Gastritis et Duodenitis corrosivae, Venenum Acidi sulfurici recens haustum subsequentes —Destructio et Cirrhosis cicatricosa Oesophagi et Ventriculi (tres Menses post Combustionem Acidi sulfurici).— Varices Oesophagi idiopathicae. — Struma accessoria Baseos Linguae.
Lepra Laryngis et Pharyngis.—Melanosis Villorum Duodeni.—

Lieferung II enthält:
Aneurysma Aortae ascendentis, Insufficientia Valv. Aort. Hypertrophia et Dilatatio permagna ventriculi sinistri.—Phthisis pulmonum ulcerosa. Aneurysma Arteriae pulmonalis in Caverna Lobi inf.—Perihepatitis et Hepatitis interstitialis chronica.—Gangraena Palati mollis, Eppiglottidis et Mucosae Cavi pharyngo-nasalis, in Corpus Ossis sphenoidalis et occipitalis progrediens.—

Lieferung III wird enthalten: Carcinoma Papillae duodenalis. Carcinoma Papillae duodenalis (mit Mikroskop). Tuberculosis miliaris Peritonei.—Medulla Ossium rubra—Medulla ossium lymphadenoides.—

Die Lieferungen IV und V bringen «**CHOLERA ASIATICA**», Krankheitsbilder aus dem überreichen Material der Hamburger Staatskrankenhäuser. **Атласъ выходитъ ежемѣсячно. Цѣна каждаго выпуска, съ 4 раскраш. табл. и текстомъ (съ таможен. пошл.) 2 руб. 70 коп.**

Bei **A. Hirschwald** in **Berlin** erschien soeben:

Archiv
für
klinische Chirurgie.

(31) 1—1

(Begründet von **B. v. Langenbeck**) herausgegeben von **Dr. v. Bergmann** Prof. in Berlin. und **Dr. Gurlt** Prof. in Berlin.

47. Band. 1. Heft.

Mit dem Portrait Billroth's, 4 Tafeln und Holzschnitten. gr. 8. 9 M.

Moorbäder im Hause!



Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni,
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.
Niederlage in St. Petersburg bei **Stoll & Schmidt.** (15) 26-3

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Psychiatrie

von

Dr. Th. Ziehen,
a. o. Professor an der Universität Jena

Mit 10 Abbildungen in Holzschnitt und 10 physiognomischen Bildern auf 6 Lichtdrucktafeln.

Preis: geheftet Mk. 9,60
gebunden Mk. 10,80.

Das Werk, welches sich eng an die vom Verfasser in seinem «Leitfaden der physiologischen Psychologie» vorgetragenen Lehren anschliesst, enthält alle wesentlichen Thatsachen der allgemeinen und speciellen Psychopathologie. Den neuropathologischen Begleitsymptomen der Geisteskrankheiten ist allenthalben eine ausführliche Beschreibung gewidmet. Besonderes Gewicht ist auch auf die Behandlung der Geistesstörungen ausserhalb der Anstalt bezw. bis zur Einlieferung in die Anstalt gelegt.

Berlin, März 1894.

(30) 1--1 **Friedrich Wreden.**

Dr. Heinr. Welsch in **Bad Kissingen** (Deutschland). (20) 6—3

Anwendung, Wirkung, Indicationen d. Kissinger Heilmittel ersch. in *III.* Aufl.
Preis 1 Mk. = 45½ Cop
Verlag von Weinberger in Bad Kissingen.

Pädagogium Thale am Harz.

Für Schüler sehr gesunder Aufenthalt, gute Pflege und gewissenhafte Vorbereitung für alle Klassen höherer Schulen. Individuelle und energische Förderung. Beste Empfehlungen. P. mit Unterr. 800—1000 M. Näh. Prospecte. **Dr. Lohmann.** (19) 6—2

Дозв. ценз. Спб. 19 Марта 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, 26. März (7. April) 1894

Sperminum-Poehl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung.

Von

Dr. Bubis.

(Schluss).

Dr. Fretin. Patientin 63 J. alt. Arthritis deformans, chronisch-rheumatische Ankylose der Gelenke. Aeusserste Abmagerung und Erschöpfung. Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Gelenkschmerzen. Vor den Injectionen dynamometrische Messung 14. Nach 4 Injectionen letztere 25. Wiederherstellung des Schlafes und des Appetites. Bewegung energischer und freier. Besserung 7 Wochen anhaltend.

Dr. Rostschinin. (4 Fälle) 1. Arzt 71 J. alt. Anhaltende Schmerzen in der Lendengegend, Schwäche und Oedem an den Beinen (fettige Degeneration des Herzens). Nach Injectionen Schwinden der Stauungserscheinungen 2. Patientin 84 J. alt. Agonie bei croupöser Pneumonie am 4 Tag der Krankheit. Puls fadenförmig, verschwindend. Nach 1 Injection Wiedererscheinen des Pulses und des Bewusstseins (auf 48 Stunden). Endlich Tod, dem eine weniger quälende Agonie voranging. 3. Pat. 53 J. alt. Asthma, durch einen Herzfehler bedingt. Compensationsstörung und Oedeme. Nach 10 Injectionen Verschwinden der Stenocardie, der Oedeme, Wiedereintreten der Compensation. 4. Pat. 60 J. alt. Angina pectoris. Nach Injectionen Verschwinden der stenocardischen Schmerzen.

Dr. Böthlingk. Patientin 38 J. alt. Wahrscheinliche Diagnose: Infarct der Lunge nach Endometritis puerperalis. Starke Dyspnoe, Cyanose der Extremitäten, fadenförmiger Puls, Athmungsfrequenz 50. Trotz der Excitantia keine Besserung. Nach 1 Injection — (nach 10 Minuten) energischere Herzthätigkeit, Abschwächung der Dyspnoe, ruhiger Schlaf. Nach 2 Monaten plötzlicher Tod, als Folge neuer Embolie.

Dr. Philips. Patient. 76. J. alt. Emphysema pulm. senile. Compensationsstörung. Starke Dyspnoe beim Gehen. Hypertrophia hepatis. Verminderung der Harnmenge, Oedeme an den Beinen. Nach Injectionen — Verschwinden der Dyspnoe (1/2 Werst bergauf mühelos zurückgelegt), der Oedeme, der Rasselgeräusche. Verkleinerung der Leber. Zunahme der Harnmenge um 300 ccm. Digitalis, in grossen Dosen vor den Sperminjectionen nicht, nach demselben in Dosen von 1/2 gr. wirksam.

Dr. Moritz. Patient 56 J. alt. Amputation des Unterschenkels bei Gangraena senilis. Heftige Schmerzen in der amputirten Extremität, Delirien in Folge von starker Erschöpfung. 35 Injectionen. Nach der 4. Aufhören der Delirien, leichteres Vertragen der Schmerzen, Besserung des Appetits und des Allgemeinzustandes. Die tonische Wirkung während der ganzen Beobachtungszeit anhaltend.

Dr. Pantschenko. Patientin 72 J. alt. Allgemeine Arteriosclerosis mit Anfällen von Angina pectoris. Anhaltender Kopfschwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit Verstopfung. Nach 13 Injectionen Aufhören des Kopfschwindels und des Ohrensausens (nach der 7 oder 8 Injection aber ein heftiger stenocardischer Anfall, der schon 3 Monate ausblieb), Besserung des Schlafes und des Allgemeinzustandes der Kranken.

VII. Vergiftungen. Chloroform.

Dr. Schichareff. Gute Wirkung in Fällen von Dipsomanie bei gleichzeitiger Anwendung des Strychnins, dessen Gaben von 0,004 bis 0,012 erhöht werden können.

Dr. Moritz. Patient 36 J. alt. Neuritis multiplex alcoholica. Effect deutlich, aber nicht prägnant.

Dr. Kondratjeff. Anwendung des Spermins beim Chloroformiren einer Kranken, die bisher das Chloroform nicht ohne gefährliche Complicationen vertragen konnte. 2 Fälle.

Dr. Weljaminoff (4 Fälle). 1. Patientin 39 J. alt. Fibromyoma corporis et cancer cervicis uteri. Pat. äusserst anämisch, durch Blutungen und Schmerzen erschöpft und so schwach, dass W. kaum die hier indicirte Hysterektomie wagen durfte. Nach vorausgeschickten 4 Einspritzungen Allgemeinzustand besser, Herzthätigkeit gesteigert, Puls bedeutend voller, so dass die Operation vorgenommen werden konnte. Trotz der langen Dauer der Operation (2 1/2 Stunden) und der grossen Chloroformmenge (180 Gr. oder ℥vi) Narkose ganz glatt: sehr guter Pulsschlag. kein Shok. 2. Patientin 45 J. alt. Cancer recti. Pat. äusserst erschöpft. 3 Injectionen und Operation, Exstirpatio recti, die 1 1/2 Stunden dauerte und 90 Gr. verzehrte. Narkose sehr gut; sowohl während, als nach der Operation kein Shok oder Collaps. Im Vergleich mit den von ihm bisher operirten derartigen Fällen, habe vorliegende Patientin die Operation trotz der bedeutenderen Schwäche viel leichter als die übrigen Operirten vertragen. 3. Mädchen 26 J. alt. Grosse Papillomata an beiden Ovarien und Ascites (nach Punction 40 Pfd. Flüssigkeit); ausserdem tuberculöser Spitzenprocess in der linken Lunge. Nach 1 Einspritzung — Operation. Ovariotomia bilateralis, die 1 Stunde dauerte und 50 Gr. Chloroform verzehrte. Narkose und Nachoperationsverlauf ausgezeichnet. 4. Patientin 62 J. alt. Linksseitige Struma. Bedeutende Atheromatose der Gefässe, Arhythmie des Pulses. Nach 4 Einspritzungen — Verschwinden der Arhythmie. Vollerwerden des Pulses und partielle Strumektomie, die 1 1/2 Stunden dauerte und 60 Gr. Chloroform verzehrte. Narkose ausgezeichnet.

Dr. Chorwath. Mittheilung in der Pariser med. Akademie. Ref. stellte das Material der von Dr. Weljaminoff

operirten 61 Fälle, 28 — ohne, 33 mit vorläufigen Sperminjectionen, zusammen, auf Grund dessen er zu folgenden Schlüssen gelange: 1) erschöpfte, marantische und ältere Individuen, ebenso Alkoholiker und Hysterische vertragen unter dem Einfluss des Spermins viel grössere Chloroformmengen, sowie auch viel längere Narkose als sonst. 2) Letztere verlaufe so zu sagen, glatter: Complicationen, wie Erbrechen, Asphyxie, drohende Herzschwäche u. s. w. seien selten. 3) Nach schweren Operationen trete niemals der in der Chirurgie so gefürchtete Shok.

Aus dem hier angeführten casuistischen Material glaube ich folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1) sei Spermin vollkommen unschädlich 2) sei es kein Specificum gegen irgend eine bestimmte Krankheit, zugleich auch kein Stimulans, dessen Wirkung sich in Abwechselung der Excitations- und Depressionsperiode kundgiebt, sondern ein echtes Tonicum physiologicum, d. h. ein im Organismus, als normaler Bestandtheil des letzteren, circulirendes und durch allmählich anwachsende tonische Wirkung ausgezeichnetes Mittel. 3) sei seine tonische Wirkung insbesondere bei Krankheiten, mit herabgesetzter Oxydationsthätigkeit ausgesprochen (Anämie, Neurasthenie, Marasmus, Diabetes etc.) 4) Obwohl die Zahl der etwa zu machenden Einspritzungen sich nach dem jeweiligen Zustande des Organismus richte, seien im Allgemeinen öftere Injectionen in ihrer Wirkung sicherer und anhaltender, als seltenere.

Weiterhin betrachte ich, inwieweit die von mir angeführten therapeutischen Resultate mit den chemischen v. Prof. Poehl und physiologisch-experimentellen Untersuchungen von Prof. Tarchanow im Einklange stehen.

Die Untersuchungen von Prof. Poehl lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen.

1) Versuche mit Magnesiummetall. In Lösungen der Chloride mehrerer Schwermetalle werden grössere Mengen des Magnesiummetalls bei Gegenwart sehr geringer Sperminquantitäten in eine höhere Oxydationsstufe, Oxyd, umgesetzt (katalytische Wirkung).

2) Blutversuche. Blut, das durch verschiedene Agentien, Chloroform, Kohlenoxyd, Stickstoffoxydul, freie Säuren, Gallen- und bestimmte Harnbestandtheile, sein Sauerstoffübertragungsvermögen eingebüsst, gewinnt auf Zusatz äusserst geringer Sperminquantitäten sein früheres Oxydationsvermögen (katalytische Contactwirkung).

Wenn wir die zahlreichen Fälle der von uns eben angeführten Casuistik näher in's Auge fassen, so gelangen wir zu zwei in therapeutischer Beziehung ungemein wichtigen Schlussfolgerungen: 1) ist Spermin als vollkommen unschuldiges Mittel zu erklären und 2) übt es seine Wirkung in sehr vielen Fällen bei sehr verschiedenen Krankheiten aus.

Die Verschiedenheit der Krankheiten, bei denen das Spermin wirksam ist, weist schon allein darauf hin, dass dasselbe kein Specificum gegen irgend eine Krankheit, sondern blos ein unter Umständen mächtig wirkendes Tonicum darstellt; da es im Organismus, wie wir es im chemisch-physiologischen Theil hervorgehoben, als normaler Bestandtheil desselben circulirt, so ist das Spermin auch als Tonicum physiologicum zu erklären, d. h. als ein Tonicum, das von der normalen Zelle producirt wird und derselben wahrscheinlich auch unter normalen Verhältnissen wichtige prophylaktisch-therapeutische Dienste leistet.

Obwohl die Krankheiten, bei denen das Spermin seine Wirkung entfaltet, sehr verschiedenartig sind, so geht doch daraus nicht hervor, dass das Spermin von dem Arzte auf's Gerathewohl in allen möglichen pathologischen Fällen anzuwenden ist. Wie bei jedem einen wissenschaftlichen Werth beanspruchenden Mittel muss auch hier die Darreichung desselben streng individualisirt und von folgenden 3 Cardinalfragen in Abhängigkeit gesetzt werden: 1) ob eine genügende die Darreichung des Spermins bestimmende Indication vorliegt 2) ob die zur Entfaltung seiner Wirkung nothwendigen Bedingungen vorhanden sind und 3) in welcher Form es in dem entsprechenden Falle anzuwenden ist.

Indication. Im chemisch-physiologischen Theil haben wir schon hervorgehoben, dass dem Spermin hauptsächlich oxydirende Eigenschaften zukommen und dass es infolgedessen die Intraorganoxydation befördert. Wenn wir die von uns in verschiedenen Krankheitsfällen angeführten Harnanalysen näher studiren, so ersehen wir, dass in allen diesen Fällen der Oxydationscoefficient vor dem Spermingebrauch herabgesetzt (bis auf 85) und nach demselben bis auf die normale Höhe (91—92) gebracht wird. Da der Oxydationscoefficient nur einen Ausdruck der im Organismus stattfindenden intraorganen Oxydation darstellt, so kann folgende Hauptindication der Spermindarreichung aufgestellt werden: das Spermin ist bei allen Krankheiten indicirt, die sich durch herabgesetzte Intraorganoxydation auszeichnen. In diese Gruppe gehören sehr verschiedene, augenscheinlich in losem Zusammenhange stehende Krankheiten, wie Neurasthenie, Anaemie, Marasmus, Diabetes, Arthritis urica, Arthritis deformans, Tuberkulose etc., die aber von einem einheitlichen chemisch-physiologischen Standpunkt aufgefasst, alle das grosse therapeutische Gebiet umschliessen, in dessen weiten Grenzen das Spermin seine Wirkung entfalten kann.

Bedingungen der Wirkung. Wenn wir unsere Casuistik gründlicher studiren, so sehen wir, dass in verschiedenen Fällen die Sperminwirkung eine verschiedene ist und in manchen Fällen sogar gänzlich ausbleibt. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf, von welchen Umständen es abhängt, dass die besagte Wirkung so verschieden ausfällt. Diese Frage setzt noch eine allgemeinere voraus: wenn das Spermin ein Tonicum physiologicum, d. h. einen schon normal im Organismus circulirenden Bestandtheil desselben darstellt, wie kommt es zu Stande, dass die Wirkung desselben unter normalen Verhältnissen zur Geltung kommt, unter abnormen dagegen neutralisirt wird? Um diesen Unterschied der Wirkung zu erklären, hat Prof. Poehl die Hypothese aufgestellt, dass ein normaler Organismus das physiologische Spermin in activer Form, d. h. actives Spermin, der pathologische dagegen das Spermin in inactiver Form, d. h. inactives Spermin enthält. Jetzt fragt es sich, durch welche Umstände die Activität des Spermins beeinflusst wird? Die Hauptbedingung derselben ist nach Professor Poehl Alkalescenz des Blutes. Die Erhaltung der letzteren auf ihrer Höhe ist in zweierlei Richtung wichtig:

a) Schon von jeher gilt in der Chemie der allgemeine Satz «corpora non agunt nisi fluida» d. h. wenn eine chemische Reaction zu Stande kommen soll, so müssen die reagirenden Körper auf einander in löslicher Form einwirken. Somit wenn das Spermin wirksam sein soll, so muss es nach Prof. Poehl in löslicher Form im Organismus circuliren. Bei herabgesetzter Blutalkalescenz aber werden Bedingungen geschaffen, die die Ausscheidung einer unlöslichen Form befördern; da phosphorsaure Salze im Organismus in bedeutender Menge vorhanden sind, so tritt bei herabgesetzter Blutalkalescenz die frei werdende Phosphorsäure in Verbindung mit Spermin, welches sich in unlöslicher, somit unwirksamer Form, als Sperminphosphat ausscheidet. Dies entspricht auch vollkommen dem von uns schon erwähnten chemischen Vorgang in vitro: wenn wir zu alkalischer Sperminlösung Phosphorsäure zusetzen, so verwandelt sich das lösliche Sperminsalz in das unlösliche phosphorsaure Salz desselben, das sich zum Theil in spitzwinkligen, geradflächigen, gewölbtflächigen oder geschweiften Krystallen ausscheidet. Die Ausscheidung dieser Krystalle wird aber nicht nur in vitro, sondern unter abnormen pathologischen Verhält-



nissen auch im Organismus beobachtet, was weiterfolgend von uns näher auszuführen und zu besprechen ist.

b) Die Intraorganoxydation steht in directem Verhältniss zur Alkalescenz des Blutes und der Gewebe: je höher die Blutalkalescenz, desto intensiver sind die im Organismus stattfindenden Oxydationsprocesse und umgekehrt. Somit ist in allen Fällen, wo die Oxydationsprocesse abgeschwächt sind, gewöhnlich auch die Blutalkalescenz herabgesetzt; bei herabgesetzter Blutalkalescenz treten aber, wie gesagt im Körper Bedingungen auf, die das Spermin in seine unlösliche, d. h. inactive Form verwandeln und hierdurch die von ihm auszuübende tonische Wirkung neutralisiren. Den causalen Zusammenhang zwischen der Intensität der Oxydationsprocesse und Alkalescenz des Blutes hat schon Liebig klar hervorgehoben, indem er sagte, dass die alkalische Beschaffenheit des Blutes eine der ersten Bedingungen des organischen Verbrennungsprocesses, also der Wärme und des Stoffwechsels ist, da erst bei Gegenwart von freiem Alkali viele organische Körper die Fähigkeit erhalten sich mit Sauerstoff zu verbinden, also zu verbrennen. In neuerer Zeit sind Untersuchungen dieses Zusammenhanges von mehreren Autoren wiederum aufgenommen und in den Vordergrund der therapeutischen Forschungen gestellt worden. Wie aus dem chemisch-physiologischen Theil zu ersehen, hat Prof. Poehl nachgewiesen, dass in Gegenwart von freien Säuren im Blute das Spermin nicht die oxydirende Wirkung hervorbringt, die es bei alkalischer Reaction ausübt. F. Kraus hat eine Reihe exacter Blutalkalescenzbestimmungen bei verschiedenartigen Fällen und Stadien von Erkrankungen ausgeführt. Er beweist durch directe Beobachtung, dass bei Typhus, Rose, Scharlach, Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Diabetes etc. die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt und nur nach Reconvalescenz wieder normal wird. Die Herabsetzung der Blutalkalescenz kann nach Kraus einerseits durch vermehrten Zerfall von schwefel- und phosphorhaltigen Verbindungen, wobei die das Alkali bindenden Körper entstehen, andererseits durch Auftreten von primären vorwiegend sauren Zwischenproducten des Stoffwechsels, die nicht weiter oxydirt werden und drittens durch Spaltungsproducte des Lecitins, so durch die sich stets abspaltende Glycerinphosphorsäure verursacht werden. In Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der Forschungen von Kraus stehen die Untersuchungen von Freudberg, Minkowski, Swiateczky, Wittkowski und Horbaczewski, die ebenso erwiesen haben, dass bei verschiedenen Krankheiten die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt wird. Funke, Ranke und Affanassjew haben ermittelt, dass Reizung des Nervengewebes, welches bekanntlich besonders reich an Lecitinverbindungen ist, eine saure Reaction desselben hervorruft, die ihrerseits eine Alkalescenzverminderung des das Nervengewebe durchströmenden Blutes nach sich zieht.

Bei all den vorhin erwähnten Krankheiten wird durch die herabgesetzte Blutalkalescenz das Moment geschaffen, das das lösliche active Spermin in seine unlösliche, inactive Form verwandelt. Da das Spermin, wie wir es im chemisch-physiologischen Theil gesehen haben, eines der Elemente ist, das die Oxydationsprocesse im normalen Organismus befördert, so wird auch hierdurch der Umstand erklärt, dass bei allen diesen Krankheiten der Oxydationscoefficient sich als herabgesetzt herausstellt; zugleich wird auch hierdurch die in sehr vielen Fällen beobachtete erfolgreiche therapeutische Wirkung der Sperminiinjectionen erklärt und objectiv durch die Harnanalyse bestätigt.

Aus obigen Auseinandersetzungen ergiebt es sich von selbst, dass alle in den Organismus eingeführten Nähr- oder Arzneistoffe, die die Alkalescenz des Blutes erhöhen, oder herabsetzen, auch einen grossen Einfluss auf den Ausgang der Sperminbehandlung ausüben können. So sind Fälle bekannt, in welchen durch die während der Sperminbehandlung angewandte Traubencur die tonische Wirkung des Spermins aufgehoben und erst nach Aussetzen der Traubencur von Neuem erzielt wurde. Diese Erscheinung lässt sich in Einklang mit Freudberg's Beobachtung bringen, laut welcher Herabsetzung der Blutalkalescenz stattfindet, wenn in den Organismus Weinsteinsäure in grösseren Mengen eingeführt wird. Andererseits ist es bekannt, dass durch gleichzeitige medicamentöse Hebung der Blutalkalescenz (Karlsbader Cur, alkalische Wässer, wie Vichy, Bilin, Ems etc.) die Sperminwirkung wesentlich unterstützt wird, weil hierdurch die Wirkung des Spermins auf die intraorganen Oxydationen gefördert wird. Die Möglichkeit einer therapeutischen Hebung der Blutalkalescenz ist zum Theil durch Thierexperimente bewiesen worden. Swiateczky hat an Thieren nachgewiesen, dass Gaben von Natr. sulfuricum bei ihnen Erhöhung der Blutalkalescenz hervorrufen. Im Gegentheil hat Freudberg auf Grund seiner Experimente gefunden, dass das Einführen von kohlensauren Alkalien per os die Alkalescenz des Blutes nicht immer zu heben vermag. Obwohl diese Frage wie wir sehen, noch nicht endgültig entschieden ist, so ist doch im Allgemeinen anzunehmen, dass durch Einführung von Alkalien die Blutalkalescenz bei Thieren gehoben wird. Was die klinischen Beobachtungen an Menschen anbelangt, so notiren wir täglich, dass der Gebrauch von alkalischen Mineralwässern den Verlauf verschiedener mit herabgesetzter Intraorganoxydation einhergehender Krankheiten günstig beeinflusst. Unmittelbare Beobachtungen über Wirkung der alkalischen Mineralwässer auf Blutalkalescenz liegen unseres Wissens noch nicht vor; vorläufig ist es nur bekannt, dass durch dieselben die Harnreaction beeinflusst wird, indem unter dem Einflusse der alkalischen Wässer die Acidität des Harns sich vermindert. Jedenfalls ist es höchst wahrscheinlich, dass die günstigen Resultate einiger Mineralwassercuren durch Hebung der Blutalkalescenz bedingt werden, indem das Spermin in den activen Zustand versetzt und somit befähigt wird seine oxydirenden Eigenschaften zu entfalten. Rostschinin und Simons Eccles waren die ersten, die zu diesem Resultat schon auf empirischem Wege gelangt sind.

Wenn die Blutalkalescenz herabgesetzt wird, so treten, wie gesagt, im Organismus Bedingungen auf, die dieAusscheidung einer unlöslichen Form von Spermin befördern; wir haben schon erwähnt, dass in vitro dieses unlösliche Sperminphosphat sich zum Theil in Form von spitzwinkligen, geradflächigen, gewölbflächigen oder geschweiften Krystallen ausscheidet. Beim näheren Studium dieser Krystalle hat sich ergeben, dass ebensolche Krystalle auch im Organismus vorkommen, in welchem sie nichts als die bei verschiedenen Krankheiten auftretenden Charcot-Leydenschen Krystalle darstellen. Die Annahme der Identität der Sperminphosphatkrystalle mit den Charcot-Leyden'schen wurde schon von Schreiner ausgesprochen, hat aber in der Literatur eine Controverse erregt, die erst durch Untersuchungen von Prof. Poehl wahrscheinlich zu ihrem Abschlusse gelangt ist. Dr. P. Guttmann hat die Ansicht ausgesprochen, dass die Sperminkrystalle mit den Charcot-Leyden'schen nicht identisch sind, da letztere Krystalle gerade in stumpfem Winkel aufeinanderstossende Flächen haben, während Sperminkrystalle die gewölbtflächige Spindel- und S-(Diatomeen) Form der monoklinen Doppelpyramide aufweisen. Nach Prof. Poehl kommt ebenfalls im Samen zumeist die gewölbtflächige und geschweifte Form der Krystalle vor, während die Charcot-Leyden'schen Krystalle häufiger spitzwinklig sind; doch spricht seiner Ansicht nach, dieser Umstand blos dafür, dass die Momente der Krystallbildung verschieden sind. Prof. Poehl ist es gelungen, die Sperminphosphatkrystalle sowohl



spitzwinklig und geradflächig, wie auch gewölbtflächig und geschweift, und zwar auch ihre sämmtlichen Uebergangsformen zu erhalten und zu beobachten. Das aus den Testikeln gewonnene Spermin giebt nach Prof. Poehl viel leichter das Phosphat in spitzwinklig geradflächigen Krystallen, als in der geschweiften Form. Schreiner hat stets nur die spitzen Formen erhalten, die S-förmige Ausbildung der gewölbtflächigen Combination prismatischer und pyramidaler Formen hat er dagegen nur in eingetrocknetem Sperma, nie an umkrystallisirter Substanz beobachtet. Im Gegensatz zu Schreiner hat Prof. Poehl die spitzwinklige geradflächige Form stets beim schnellen Umkrystallisiren in Gegenwart von Alkohol erhalten können. Die Momente der Bildung der gewölbtflächigen geschweiften Form sind nach Poehl schwer zu eruiren und er hat diese Formen nur zufällig bekommen. Jedenfalls ist es aus den Untersuchungen von Prof. Poehl ersichtlich, dass beide Formen, die geschweifte und die spitzwinklige sowohl dem Sperminphosphat — als auch den Charcot-Leyden'schen Krystallen eigen sind, so dass dieselben der Form nach sich von einander nicht unterscheiden. Ausser der Form der Krystalle wird die Annahme der Identität noch durch Vergleich der Schmelzpunkte bekräftigt; es hat sich eben erwiesen, dass sowohl den spitzen, als den geschweiften Formen ein und derselbe Schmelzpunkt zwischen 130—135°C. zukommt. Aus oben angeführten Thatsachen glaubt Prof. Poehl den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Sperminphosphatkrystalle (zuerst von Böttcher im Sperma entdeckt) mit den Charcot-Leydenschen aller Wahrscheinlichkeit nach identisch sind.

Was die Art und Weise des Auftretens der letzteren im Organismus anbelangt, so ist es besonders charakteristisch, dass sie stets nur in solchen Fällen constatirt wurden, in welchen die intraorganen Oxydationsprocesse herabgesetzt sind. Von Leyden sind solche Krystalle im Auswurfe der Asthmatiker. von Charcot, Robin, Vulpian und Neumann im Blute von Leukämikern, von anderen Autoren (Nothnagel, Leichtenstern etc.) in den Secretionen der Nasenschleimhaut, in den Excrementen bei Typhus, Pneumonie, Phthisis.

Das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Krystalle bei allen diesen auf den ersten Blick so verschiedenen und zusammenhangslosen Krankheiten ist vom Standpunkte der von Prof. Poehl aufgestellten Spermintheorie leicht verständlich. Aus den obenerwähnten Untersuchungen von Kraus wissen wir, dass bei allen diesen Krankheiten die Blutalkalescenz herabgesetzt ist; bei herabgesetzter Blutalkalescenz aber wird, wie wir es entwickelt haben, das lösliche, active Spermin in das unlösliche inactive Sperminphosphat verwandelt, das sich z. Theil in Form von Charcot-Leyden'schen Krystallen ausscheidet. Somit stellen die letzteren nichts anderes, als inactives, im Organismus zur Ausscheidung gebrachtes Spermin dar.

Es kommen aber zahlreiche auch mit herabgesetzter Intraorganoxydation einhergehende Krankheitsfälle vor, bei denen das Spermin inactiv wird, ohne dass Krystalle desselben zur Ausscheidung gelangen. Um diese Fälle zu erklären, hat Prof. Poehl die Hypothese aufgestellt, dass ausser der krystallinischen Form noch eine amorphe Form des inactiven Spermins besteht. Eine diesbezügliche Vermuthung wurde von ihm schon früher ausgesprochen aber erst in jüngster Zeit ist es ihm gelungen, auf experimentellem Wege ein amorphes Sperminphosphat zu erhalten, das nach Verlauf einiger Zeit sich in Krystalle umbildete, welche denen von Charcot-Leyden an Form völlig entsprechen. Bei vorsichtiger Neutralisation einer alkalischen Sperminlösung vermittelst Phosphorsäure (in Gegenwart von Alkohol), scheidet sich — noch vor Eintritt der amphoteren Reaction das Sperminphosphat erst in amorpher Gestalt aus, worauf es allmählich in Krystallform übergeht. Durch eine Reihe mikrophotographischer Aufnahmen ist es Prof. Poehl gelungen, den Uebergang der amorphen Masse zu vollständig ausgebildeten Charcot-Leyden'schen Krystallen darzulegen. Diese Verwandlung geschieht zuweilen relativ schnell (im Verlauf einiger Minuten), zuweilen aber verlangt sie zu ihrer Vollziehung mehrere Stunden. Dieser Umstand giebt uns den Aufschluss, aus welchem Grunde Wagner und von Jaksch im frischen Blute von Leukämikern nicht immer die Charcot-Leyden'schen Krystalle aufzufinden vermochten, während dieselben nach Verlauf einiger Zeit im Blute stets gefunden wurden. Auf Grund der Untersuchungen von Prof Poehl können wir annehmen, dass im Blute der Leukämiker das Sperminphosphat anfangs im amorphen Zustand vorhanden ist und ausserhalb des Organismus in Krystallform übergeht.

Somit kommt das inactive Spermin im Organismus in zweierlei Form, amorpher und krystallinischer vor. Je nach den Umständen, die noch vorläufig unbekannt sind, scheidet sich die eine oder die andere Form aus, jedenfalls werden beide Formen in allen pathologischen Fällen beobachtet, in welchen die Intraorganoxydation und zugleich die Blutalkalescenz herabgesetzt sind. Durch therapeutische Einführung von löslichem activem Spermin werden die Oxydationsprocesse in diesen Fällen erhöht und hierdurch die Wiederherstellung der normalen Zustände erfolgreich angebahnt.

Wenn wir die Casuistik der Sperminwirkung mit dem von uns angeführten Questionnaire und der der Pariser Academie mitgetheilten Casuistik der Testikelemulsionswirkung vergleichen, so sehen wir, dass in beiden Beobachtungsreihen der therapeutische Effect im Allgemeinen derselbe ist, nur die Neurasthenie ausgenommen, bei welcher durch Spermin viel günstigere Resultate als durch Testikelemulsion gewonnen werden. Letzterer Umstand lässt sich vielleicht durch die eigenthümliche Zusammensetzung der Brown-Sequard'schen Emulsion (Pantschenko) erklären; dieselbe enthält nämlich, wie wir es im chemisch-physiologischen Theil erwähnt haben Lecithin, von welchem bei herabgesetzter Blutalkalescenz Glycerinphosphorsäure abgespalten wird, die mit Spermin sich zu unlöslichem inactivem Sperminphosphat verbindet. Im Organismus eines Neurasthenikers werden aber durch die im gereizten Nervengewebe auftretende saure Reaction Bedingungen geschaffen, die die Umwandlung löslichen in der Brown-Sequard'schen Emulsion enthaltenen Spermins in seine unlösliche inactive Form fördern und somit die therapeutische Wirkung der Emulsion erschweren. Da das Sperminum-Poehl weder phosphorsaure Salze noch glycerinphosphorsaure Verbindungen enthält und blos ein Doppelsalz des salzsauren Spermins mit Chlornatrium darstellt, so kann es in den Organismus eines Neurasthenikers eingeführt viel leichter zur Entfaltung seiner Wirkung gelangen, als das in der Brown-Sequard'schen Emulsion enthaltene Spermin.

Obwohl die Wirkung beider Mittel im Allgemeinen übereinstimmt, so ist doch vom wissenschaftlichen Standpunkte ausgehend das Spermin dem Brown-Sequard-schen Mittel vorzuziehen, da es dasselbe wirksame Princip in isolirter Form enthält; das Bestreben der neueren wissenschaftlichen Therapie ist aber dahin gerichtet. nur mit isolirten Arzneistoffen zu manipuliren um die Wirkung derselben genau erwägen und abschätzen zu können.

Die von uns angeführte Casuistik constatirt, dass das Spermin im Allgemeinen bei 4 grossen Gruppen von Krankheiten: Nervenkrankheiten, Constitutionskrankheiten, Infectionskrankheiten und Intoxicationen mit Erfolg angewandt wurde.

Das Wesen der Wirkung des Spermins bei Nervenkrankheiten ist uns schon bekannt. Im gereizten Nervengewebe treten saure Producte (Leukomaine) auf, infolgedessen wird die Blutalkalescenz herabgesetzt und somit



Bedingungen geschaffen, die das lösliche active Spermin in das unlösliche inactive Sperminphosphat verwandeln; durch neueingeführtes actives Spermin werden die angehäuften Leucomaine oxydirt, das Nervengewebe von denselben entlastet und auf diese Weise Hebung des Selbstgefühls und Wiederherstellung der normalen Functionen des Nervensystems angebahnt. Aus der von uns angeführten Casuistik ist zu ersehen, dass in der Gruppe der Nervenkrankheiten Tabes dorsalis und Neurasthenie besonders günstig vom Spermin beeinflusst werden.

Bei Constitutionskrankheiten, Ernährungsstörungen und Kachexien aller Art ist der Modus der Sperminwirkung im Principe derselbe. In Folge der unzureichenden Oxydation werden im Organismus Producte der regressiven Metamorphose der Eiweissstoffe angehäuft; in Folge der herabgesetzten Blutalkalescenz wird das physiologische active Spermin in seine inactive Form verwandelt. Durch neueingeführtes actives Spermin werden diese Producte (Leucomaine) weiter bis zu ihren Endproducten (Harnstoff) oxydirt und auf diesem Wege aus dem Organismus entfernt. Besonders günstig erwies sich die Wirkung des Spermins bei Skorbut, worüber zahlreiche Beobachtungen in unserer Casuistik vorliegen.

Die Wirkung des Spermins bei Infectionskrankheiten ist keine directe. Ein Antisepticum oder ein Antimycoticum ist es wohl nicht, im Gegentheil, da es ein Ammiakderivat ist, so stellt es ein Medium dar, in welchem Bakterien üppig gedeihen können. Somit kann die manchmal bei Typhus, Tuberculose etc. zu beobachtende wohlthuende Wirkung des Spermin nur dadurch erklärt werden, dass durch dasselbe die Widerstandskraft des kranken Organismus erhöht wird, indem die durch die Mikroorganismen ausgeschiedenen Toxine durch Spermin oxydirt werden.

Die bei Intoxicationen beobachtete Sperminwirkung findet ihre Erklärung in den chemisch-physiologischen Untersuchungen von Prof. Poehl. Unter dem Einfluss verschiedener chemischer Agentien (Chloroform, Alkohol, Stickstoffoxydul etc.) verliert das Blut, wie wir es im chemisch-physiologischen Theil gesehen, die Fähigkeit seinen Sauerstoff an die Gewebselemente abzugeben, wodurch natürlich die Oxydationsprocesse im Organismus herabgesetzt werden; bei Gegenwart von activem Spermin wird aber diese Fähigkeit des Blutes wiederhergestellt und die darniederliegenden Oxydationsprocesse wieder auf ihre normale Höhe gebracht.

Im besten Einklang damit stehen die klinischen Beobachtungen über Wirkung des Spermins bei chronischer Alkohol-, Chloroform-, Morphium- und Strychninvergiftung. Besonders prägnant sind in dieser Beziehung die an chloroformirten Patienten angestellten Beobachtungen von Dr. Weljaminow.

Somit wenn wir in wenigen Worten die therapeutische Bedeutung des Spermins zusammenfassen wollen, so können wir folgende Behauptung aufstellen: **das Spermin ist wirksam bei allen Krankheiten, die mit herabgesetzter Oxydationsintensität und Blutalkalescenz einhergehen.** In der Mehrzahl der Fälle ist es zugleich rathsam für künstliche Hebung der Blutalkalescenz (alkalische Mineralwässer) zu sorgen um hierdurch den möglichst sicheren und schnellsten Effect erzielen zu können.

Contraindicationen giebt es keine. Da das Spermin im ganzen Körper verbreitet ist und da schon geringe Quantitäten desselben genügen, um katalytische Wirkung hervorzubringen, so geht schon aus diesen Thatsachen hervor, dass das Spermin, ebenso wie alle im Organismus circulirenden Fermente (Pepsin, Pancreatin etc.) unschädlich sein muss. In der That hat es sich auch erwiesen, dass durch das Spermin in keinem einzigen Falle irgend welche unangenehme Complication hervorgerufen worden ist.

Form der Anwendung. Zu therapeutischen Zwecken wird das Spermin dem Organismus in zweierlei Form einverleibt: a) innerlich per os oder b) durch subcutane Injection.

Innerlich wird das Spermin in den Fällen eingegeben, wo die Haut vor traumatischen Reizen geschont (z. B. bei Diabetes) oder, wo überhaupt eine langsamere Wirkung erzielt werden soll; (z. B. bei harnsaurer Diathese, bei welcher die Nieren häufig afficirt sind und deshalb vor dem raschen Andrang der sich ausscheidenden Leukomaine bewahrt werden müssen). Da das Spermin im Magen wahrscheinlich nicht verändert wird und sehr leicht durch thierische Membranen diffundirt, so müssen im Allgemeinen auch durch innere Darreichung sichere therapeutische Effecte erzielt werden, nur werden natürlich die letzteren etwas länger auf sich warten lassen, als bei subcutaner Injection, bei welcher Applicationsweise das Mittel unmittelbar in das Säftesystem eingeführt wird. Da das Spermin nur katalytische Wirkung ausüben soll, und zugleich, wie wir gesehen, unschädlich ist, so kommt es auf eine genaue Dosirung nicht an; 25—30 Tropfen einer Sperminessenz, in welcher Form das Spermin zum innerlichen Gebrauch von Prof. Poehl vorgeschlagen wurde, 3 Mal täglich eingenommen, genügen vollkommen um diesbezügliche therapeutische Effecte hervorzubringen.

In allen Fällen, in welchen eine raschere Wirkung wünschenswerth ist, greifen wir zu den subcutanen Spermininjectionen. Die Technik der letzteren unterscheidet sich im Allgemeinen nicht von der bei gewöhnlichen Injectionen geübten. Das Spermin wird bekanntlich in 2 pCt. Lösung in gläsernen, hermetisch geschlossenen Ampullen verabfolgt, deren jede eine für eine Pravaz'sche Spritze vollkommen ausreichende Flüssigkeitsquantität enthält. Am Halse der Ampulle ist eine Marke angegeben, an welcher Stelle die Ampulle abgebrochen werden soll. Vor dem Abbrechen ist es zweckmässig die Ampulle in warmes Wasser eintauchen zu lassen (um die ohnehin geringe Schmerzhaftigkeit ad minimum zu verringern). Nach der Eröffnung tauche man sofort eine Pravaz'sche Spritze in das Innere der Ampulle und fülle erstere mit der in der letzteren enthaltenen Flüssigkeit. Die Einspritzung selbst geschehe unter antiseptischen Cautelen. Die Spritze sammt der Nadel wird vor dem Gebrauche durch irgend eine antiseptische Flüssigkeit reingewaschen, am besten durch 95 pCt. Alcohol, worauf die Spritze mit reinem Wasser ausgewaschen wird, sonst würde durch Alkohol eine Trübung der Sperminlösung erzeugt werden. — Was die Localität der Einspritzung anbelangt, so ist sie im Allgemeinen gleichgültig, am bequemsten ist eine Injectio intramuscularis in die Nates, falls letztere als unbequem erscheinen — eine gewöhnliche Injection an den übrigen Gegenden des Körpers (Rücken, Bauchwand etc.) — Was die Häufigkeit der Injectionen anbetrifft, so mache man an den ersten Tagen, wo energischere Wirkung wünschenswerth ist, je 2 (am Morgen und Abend), an folgenden — je 1 und an späteren Tagen — noch seltenere Einspritzungen. — Der tonische Effect des Spermins muss im Allgemeinen, als ein ziemlich anhaltender erklärt werden; es giebt nämlich Beobachtungen über 3 Jahre lang anhaltender Sperminwirkung; hiemit ist aber nicht ausgeschlossen, dass wenn die Bedingungen der Autointoxication nicht ganz beseitigt sind, Recidive von Neuem auftreten können; in solchen Fällen müssen die Injectionen von Neuem wiederholt, aber nicht so häufig, wie vorhin applicirt werden (Schichareff, Rostschinin).

V. Biologische Bedeutung.

Eine der wichtigsten biologischen Eigenschaften der Zelle ist ihr Stoffumsatz, dessen wesentliches Element die Bildung und Evacuation der Producte der sogenannten «regressiven Metamorphose» darstellt. Da die Eiweiss-



stoffe den Hauptbestandtheil der Zelle bilden, so ist es besonders wichtig, die regressive Metamorphose der Eiweissstoffe kennen zu lernen. Im Allgemeinen besteht dieselbe darin, dass aus dem äusserst complicirten Eiweissstoffe durch Oxydation eine lange Reihe von weniger complicirten Producten gebildet wird, die endlich in dem einfachsten Product, dem Harnstoff, ihren Abschluss finden.

Die ersten Producte der regressiven Metamorphose differiren wahrscheinlich sehr wenig von den anfänglichen Eiweissstoffen, so wenig, dass sie durch chemische Reactionen von den letzteren nicht unterschieden werden können, aber doch unter Umständen ausgesprochene physiologische Differenzen zeigen, indem sie unter dem Einflusse verschiedener Mikroorganismen oder Enzyme toxische Eigenschaften erhalten können. Solche Eiweissstoffe treten bei verschiedenen pathologischen Zuständen auf und werden als «Toxalbumine» bezeichnet. So wird nach Immerwahr durch den Tetanusbacillus ein Toxalbumin erzeugt, das in chemischer Beziehung mit dem gewöhnlichen Serumalbumin identisch ist. Das Tuberkulinum von Koch ist seinem chemischen Charakter nach nichts anderes, als eine Albumose; die Toxalbumine, die durch Diphteritisbacillen erzeugt werden, unterscheiden sich ebenfalls nicht von den anfänglichen Eiweissstoffen (Proskauer, Wassermann).

Im weiteren Stadium der regressiven Metamorphose werden Producte gebildet, die sich ihrer Natur nach wesentlich von den anfänglichen Eiweissstoffen unterscheiden. Unter solchen Producten ist besonders die Gruppe der Ammoniakderivate hervorzuheben, in welcher die Leukomaine wesentliche Glieder darstellen.

Nach Armand Gautier, dem wir besonders wichtige Entdeckungen auf diesem Gebiete verdanken, werden dieselben in 3 grosse Gruppen eingetheilt: Leukomaine der Xanthinreihe: Hypoxanthin, Xanthin, Guanin etc. Leukomaine der Kreatinreihe, Kreatin, Kreatinin etc. und verschiedenartige, nicht streng charakterisirte Leukomaine, die entweder als ausgesprochene Basen, als typische Alkaloide — Cholin, Muscarin, Spermin, Ptomaine oder als schwache Säuren wie Basen auftreten können: Glykocoll, Hippursäure etc.

Eine allgemeine Haupteigenschaft der Leukomaine ist nach Armand Gautier die, dass sie durch oxydirende Agentien leicht oxydirt werden können.

Für das Bestehen eines normalen Stoffumsatzes ist es von ungeheurer Wichtigkeit, dass Leukomaine d. h. Producte der regressiven Metamorphose, die dem Organismus nicht mehr nützlich sein können, aus demselben regelmässig weggeschafft werden. Diese Evacuation der Auswurfstoffe wird hauptsächlich durch Oxydation bewerkstelligt, wobei die Leukomaine vollständig bis zu Harnstoff verbrannt oder in solche Verbindungen übergeführt werden, die geeignet sind durch die Nieren ausgeschieden zu werden. Wenn diese Oxydation eine unzureichende ist, so häufen sich im Organismus die Leukomaine, wie z. B. die Harnsäure, in grösserer Quantität als in der Norm an, wodurch verschiedene Störungen verursacht werden können.

Unter normalen Verhältnissen werden von jeder Zelle asl Producte ihrer Lebensthätigkeit sowohl unschädliche als schädliche Leukomaine gebildet. Durch Anhäufung der schädlichen Leukomaine werden nach Bouchard die Erscheinungen der sogenannten «Autointoxication» hervorgerufen. Alle Krankheiten, die sich durch herabgesetzte Oxydationsenergie auszeichnen stellen nach Bouchard und Armand Gautier nichts anderes, als verschiedene Formen der Autointoxication dar, die sich somit sehr verschiedenartig gestalten kann; hierher gehören sowohl chronische, als acute Erkrankungen, wie Arthritis, Rheumatismus, mehrere Infectionskrankheiten, chronische Obstipation, Uraemie, alle Formen der Uebermüdung, Diabetes und endlich eine ganze Reihe von Nervenkrankheiten.

Um den Beweis zu führen, dass diese Autointoxicationen wirklich durch Anhäufung von Leukomainen, nicht aber von anderen im Organismus enthaltenen Stoffen hervorgerufen werden, hat Bouchard sorgfältige Untersuchungen an Harnen von verschiedenen Individuen, sowohl Gesunden wie Kranken angestellt. Aus diesen Untersuchungen ergab es sich im Allgemeinen, dass der normale Harn unter verschiedenen Umständen verschiedene Giftigkeit zeigt. Der während der Nacht gesammelte Harn ist giftiger, als der während des Tages: durch ersteren werden Krämpfe, durch letzteren dagegen narkotische Symptome hervorgerufen. Mischung beider Harnportionen ist weniger giftig, als jede Portion für sich. Durch Bewegung an freier und Einathmung von comprimirter Luft wird die Giftigkeit des Harns vermindert. Um alle diese Verhältnisse zahlenmässig auszudrücken, hat Bouchard den sogenannten «urotoxischen Coëfficienten» aufgestellt, durch den die zur Tödtung eines Kaninchens nothwendige Quantität des menschlichen Harns bestimmt wird, wobei die Gewichte des Menschen, sowie des Kaninchens zu einer Einheit (1 Kilogramm) reducirt werden Der urotoxische Coëfficient eines gesunden Menschen ist nach Bouchard gleich 0,465. Was den pathologischen Harn anbelangt, so zeigt nach Bouchard der Harn von anämischen Kranken immer stärkere toxische Eigenschaften, als der von Gesunden, wobei durch Einathmung von Sauerstoff die Giftigkeit des ersteren herabgesetzt wird.

Die Untersuchungen von Bouchard wurden durch die von anderen Autoren bestätigt und erweitert. Feltz und Ehrmann haben ermittelt, dass der Harn von fiebernden Kranken (Typhus, Scharlach, acute Tuberculose, Pneumonie, acuter Gelenkrheumatismus) 1¹/₁—2 mal giftiger, als der von Gesunden ist. Lépine und Aubert haben gefunden, dass durch den Harn von fiebernden Kranken andere toxische Erscheinungen, als durch den von Gesunden, nämlich klonische Krämpfe, hervorgerufen werden. Nach Charrin und Roger wird durch Milchdiät die Giftigkeit des Harns herabgesetzt, ebenfalls nach Charrin unter dem Einflusse der bei icterischen Individuen angewandten Darmantiseptik.

Jetzt drängt sich die Frage auf, durch welchen Bestandtheil des Harns die giftige Wirkung desselben bedingt wird. Da unmittelbare Versuche erwiesen haben, dass weder der unschuldige Harnstoff noch die nur gleichartige toxikologische Bilder erzeugenden anorganischen Salze (insbesondere Kalisalze) die mannigfaltigen Erscheinungen der Harnvergiftung verursachen können, so bleibt nun übrig die Leukomaine, als Ursache dieser toxischen Eigenschaften des Harns anzusprechen, welche Vermuthung in letzter Zeit auch durch einige directe Beobachtungen bestätigt wird. Boinet und Silberet haben nämlich aus dem Harn einiger Basedow'schen Kranken drei Leukomaine dargestellt, durch welche bei Thieren den Symptomen der Basedow'schen Krankheit ähnelnde Erscheinungen hervorgerufen werden. Griffiths hat im Harne eines Epileptikers ein Leukomain ($C_{12}H_{16}N_5O_7$) isolirt, das allgemeines Zittern, Erbrechen, Erweiterung der Pupillen und schliesslich Tod hervorrief.

Es kann durchaus nicht behauptet werden, dass die im pathologischen Harn auftretenden Leukomaine mit den im Organismus sich anhäufenden identisch sind. Wir haben schon gesehen, dass im Harne nur solche Leukomaine auftreten, die geeignet sind durch die Nieren ausgeschieden zu werden. Jedenfalls sind wir aber aus den obenangeführten Thatsachen berechtigt den Schluss zu ziehen, dass wenn unter pathologischen Verhältnissen im Harne toxische Leukomaine zum Vorschein kommen, analoge Leukomaine oder richtiger gesagt Vorstufen derselben auch im Organismus sich anhäufen, in welchem sie



die verschiedenen von uns schon erwähnten Autointoxicationsformen hervorbringen können.

Wenn es denn wirklich so ist, dass Anhäufung der Leukomaine verschiedenartige Autointoxicationsformen oder Krankheitszustände hervorrufe, so ist es zur Erhaltung des Gleichgewichtszustandes der Gesundheit von eminenter Wichtigkeit, dass der Organismus von ihnen regelmässig befreit wird. Diese Evacuation der Leukomaine bildet, wie gesagt, einen Theil des Stoffumsatzes und kommt hauptsächlich durch Oxydation derselben zu Stande. Die im Organismus stattfindenden Oxydationsprocesse werden 1) durch den freien Sauerstoff der eingeathmeten Luft und 2) durch den chemisch fixirten Sauerstoff der Gewebe (intraorgane Oxydation) vermittelt. Da nach Armand Gautier die Quantität des eingeathmeten Sauerstoffs nicht ausreicht, um alle im Körper vor sich gehenden Oxydationsprocesse zu bewerkstelligen, so muss ein grosser Theil der letzteren, der eben die complicirten Spaltungen der das Gewebe constituirenden Verbindungen einschliesst, der intraorganen Oxydation zufallen. Da die Leukomaine, als Producte der regressiven Metamorphose der Eiweissstoffe, alle Oxydationsstufen bis zu Harnstoff durchschreiten, so ist es klar, dass das Verbrennen der Leukomaine hauptsächlich durch intraorgane Oxydation vermittelt wird.

Um den chemisch im Gewebe fixirten Sauerstoff zur Oxydation der Leukomaine zu verwerthen und die zu diesem Zwecke nothwendigen complicirten Spaltungen vor sich gehen zu lassen, muss es im Organismus auslösende Kräfte geben, die in der Physiologie als «Fermente» bekannt sind. Die Existenz eines solchen die Intraorganoxydation fördernden Fermentes wurde schon von Traube, Jacquet, Armand Gautier, Ehrlich u. a. im Allgemeinen vorausgesetzt, ohne dass es von ihnen näher definirt und bezeichnet wurde. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Prof. Poehl diese Annahme aufrecht erhalten und das vermuthliche Ferment in dem von ihm entdeckten Spermin erkennen zu müssen.

Zu Gunsten dieser von Prof. Poehl aufgestellten Hypothese sprechen folgende drei Umstände: a) die allgemeine im chemisch-physiologischen Theil schon hervorgehobene Verbreitung des Spermins. Diese so allgemeine Verbreitung kann unmöglich als ein zufälliges Ereigniss betrachtet werden und muss in irgend welcher causaler Beziehung zu den biologischen Eigenschaften des Organismus stehen; b) die dem Spermin zukommenden oxydirenden Eigenschaften und katalytische Wirkung die aus den von Prof. Poehl aufgestellten und von uns im chemisch-physiologischen Theil angeführten 6 Punkten hervorgehen. c) Klinisch-pathologische Beobachtungen über causale Beziehung zwischen Exstirpation mancher Drüsen und Auftreten von verschiedenen Kachexien — Cachexia strumipriva, orchidipriva, Addison'sche Krankheit etc. Da alle Kachexien sich durch herabgesetzte Oxydationsenergie auszeichnen, so kann schon aus dieser causalen Beziehung der Schluss gezogen werden, dass die genannten Drüsen unter normalen Verhältnissen ein Ferment ausscheiden, durch welches die Intraorganoxydation und somit auch der Gesundheitszustand des Organismus auf ein und derselben normalen Höhe erhalten wird. Durch den demonstrativen Versuch von Vassale, der darin bestand, dass durch subcutane Injectionen der mit sterilisirtem Wasser verriebenen Schilddrüsensubstanz einige Erscheinungen der Cachexia strumipriva beseitigt wurden, wird diese Annahme noch wahrscheinlicher gemacht. Auf derselben Annahme beruhen auch die therapeutischen Effecte, die durch wässrige Auszüge verschiedener Drüsen speciell der Testikel (Brown-Sequard'sche Emulsion) erreicht werden. Da in allen diesen Drüsen sowie in der Brown-Sequard'schen Emulsion Prof. Poehl das Spermin nachgewiesen hatte, so ist es auf Grund obiger Auseinandersetzungen höchst wahrscheinlich, dass das Spermin das Ferment ist, dem sowohl die Brown-Sequard'sche Emulsion, als auch die wässrigen Auszüge anderer Drüsen ihre «dynamogenen» Eigenschaften verdanken.

Somit stellt das Spermin das im Organismus unter normalen Verhältnissen circulirende Ferment dar, durch welches die im Körper stattfindenden Oxydationsprocesse und hierdurch auch der Gleichgewichtszustand der Gesundheit auf normaler Höhe erhalten werden. Wenn das Spermin in activem Zustande im Organismus circulirt, so werden unter dem oxydirenden Einflusse desselben schädliche und unschädliche Leukomaine bis zu Harnstoff verbrannt und aus dem Körper regelmässig ausgeschieden, infolgedessen der Organismus sich seines normalen Gesundheitszustandes erfreut. Wenn aber Bedingungen eintreten, die die Inactivirung des Spermins involviren, so häufen sich die Leukomaine, als nicht oxydirt im Organismus an, wodurch verschiedenartige Autointoxicationsformen — d. h. Krankheitsbilder hervorgerufen werden. Hat sich schon die Autointoxication des Kranken bemächtigt, so kann das Spermin als therapeutischer Factor dem Organismus wesentliche Dienste leisten, indem durch dasselbe die herabgesetzte intraorgane Oxydation bis auf ihre normale Höhe gebracht und mit dieser auch der normale Gesundheitszustand des Organismus wiederhergestellt wird.

Kürzer gefasst, hat das Spermin im Organismus zwei Aufgaben zu erfüllen: a) als physiologisches Spermin denselben während seiner Lebensdauer fortwährend vor der Anhäufung schädlicher Leukomaine, d. h. vor dem Ausbruche verschiedener durch dieselben bedingten Krankheitsformen zu schützen und b) als zu therapeutischen Zwecken eingeführtes Spermin im gegebenen Falle der Autointoxication dem Organismus in seinem Bestreben die schädlichen Leukomaine auszuscheiden zu Hülfe zu kommen.

Obwohl, wie es aus der Casuistik zu ersehen, die therapeutische Bedeutung des Spermins nicht zu unterschätzen ist, scheint uns doch seine biologische Bedeutung noch höher zu sein. Durch das Spermin werden wir eben in das Geheimniss des Selbstschutzes des Organismus gegen die denselben bedrohenden Krankheiten eingeführt; dieser Selbstschutz ist aber dasjenige biologische Geheimniss, welches zu allen Zeiten durch seine augenscheinlichen Räthsel, Zufälligkeiten und Widerstreitigkeiten so oft sowohl den Arzt wie den Laien stutzen machte.

Es ist hiemit durchaus nicht gesagt, dass das Spermin das einzige Ferment darstellt, das den Organismus als Schutzgeist vor dem Ausbruche der denselben bedrohenden Krankheiten überwacht; es ist höchst wahrscheinlich, dass es im Organismus noch andere derartige Fermente gebe; zur Zeit aber ist das Spermin das einzig erkannte Werkzeug des thierischen Individuums im Selbstkampfe desselben gegen die ihn bedrohende Autointoxication. Die Erforschung anderer Werkzeuge und überhaupt die Enträthselung dieser ganzen Frage ist Aufgabe des Fleisses der nächstfolgenden Generationen.

Referate.

L. Rydygier-Krakau: Wie soll man chloroformiren?
(v. Volkmann's Samml. kl. Vortr. neue Folge. № 69. 1893).

Verf. wendet seit 4 Jahren bei der Chloroformnarkose die Tropfmethode an und lobt den geringen Chloroformverbrauch, das selten oder garnicht auftretende Excitationsstadium bei dieser Methode, wodurch die Gefahren des Chloroform's wesentlich verringert würden.



Nach kurzer Besprechung der Herz- und Respirationssynkope wendet sich Verf. der Frage zu, in wie weit der Arzt im Falle eines Chloroformtodes von dem Gesetz verantwortlich gemacht werden kann. Verf. glaubt, dass niemals dieser Fall eintreten kann, es sei denn, dass grobe Fahrlässigkeit dem Arzt nachgewiesen werden kann. Der Arzt kann nie Schuld am Chloroformtode sein, da es Fälle giebt, wo trotz aller Vorsicht beim Chloroformiren der Patient «plötzlich eine Leiche ist und es auch bleibt trotz aller Wiederbelebungsversuche»; dergleichen Fälle können zu Beginn, in der Mitte und am Schlusse der Narkose eintreten, sind nicht vorher zu erkennen, mithin auch nicht von der Narkose auszuschliessen.

Brackel.

E. Braatz-Königsberg: Kann man die Gefahren der Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in der Chirurgie nicht brauchen? (Berl. Klinik. № 62, Aug. 1893).

Verf. kritisirt die verschiedenen Chloroformirungsmethoden und beleuchtet die Gefahren des Chloroform's. Trotz aller Vorsichtsmaassregeln, trotz der zweckentsprechendsten Eingriffe bei Chloroformvergiftungen kann man doch niemals sicher davor sein, dass der Chloroformtod eintritt und der Patient stirbt.

Bei der Besprechung der Aethernarkose hebt Verf. die bedeutendere Ungefährlichkeit dieses Anaestheticum's hervor und glaubt sich zum Schlusse berechtigt, dass die Aethernarkose bei richtiger Anwendung und Ausbildung thatsächlich uns bis heute als das beste und ungefährlichste Narkotisirungsverfahren gelten muss.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Merck: Bericht über das Jahr 1893. Darmstadt.

Ein alphabetisches Verzeichniss instruirt den Leser im vorliegenden Jahresbericht über die wichtigsten Neuheiten auf medicinisch-pharmaceutischem Gebiet. Da finden sich Namen, denen Ref., wie wohl auch mancher Andere, zum ersten Mal begegnet, wie Citrullin, acid. gymnemicum, Oxyacanthin etc. Das Haemogallol-Kobert wird erwähnt und seine Resorbirbarkeit gegenüber den anderen Eisenpräparaten gelobt. Das von Hueppe empfohlene und bereits hier bei der letzten Choleraepidemie angewandte Tribromphenolwismuth (Tribromphenol 50 pCt., Wismuthoxyd 49,5 pCt.) wird angeführt. Die günstige Wirkung des Salipyrins (3 mal täglich 1,0) auf Gebärmutterblutungen, soweit diese mit der Menstruation in Verbindung stehen, wird gerühmt. Endlich findet die Behandlung mit Sperminum-Poehl Besprechung und eine Reihe von mehr oder weniger bekannten, für's Erste nur zum geringen Theil in die Therapie eingebürgerten Mitteln.

J. Heitzmann: Compendium der Geburtshilfe. Wien 1894. Verlag von M. Perles.

Das Compendium entstammt der Wiener Schule und bildet die Ergänzung zu dem früher erschienenen Compendium der Gynaekologie von demselben Verf. Das Compendium (371 Seiten) umfasst die ganze Geburtshilfe in kurzen Zügen: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden in ihrem normalen und pathologischen Verlauf geschildert, soweit es der Rahmen eines Compendiums gestattet, wenn auch die Grenzen dieses Compendiums — zum Vortheil des Werkes — vom Verf. weiter gesteckt sind, als für gewöhnlich angenommen. In klarer, übersichtlicher Weise ist der Stoff geordnet und durch 150 vorzüglich ausgeführte Holzschnitte erläutert. Wir wünschen vorliegendem Werke das gleiche Entgegenkommen, wie es das Compendium der Gynaekologie erfahren.

L. v. Lingen.

Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Sechste Sitzung.

Freitag, den 3. September. 1893. 2 Uhr Nachmittag.

1. Herr Dr. J. Meyer-Dorpat hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Heilung hysterischer Aphasie durch Hypnose» und stellt zu gleicher Zeit die betreffende Patientin vor.

Jette Kr., hebräisches Mädchen aus Kowno sei als Kind gesunder Eltern 1875 geboren. Weder an den Geschwistern noch an anderen Verwandten seien anamnestisch irgend welche nervöse Affectionen zu constatiren. Patientin sei im ersten Lebensjahre an essentieller Kinderlähmung mit nachfolgender dauernder Parese des rechten Beines, welche vielfach ohne erhebliche Resultate behandelt worden sei, erkrankt. Die Pat. habe rechtzeitig sprechen gelernt. Im Herbst 1883 habe sie eine lange dauernde fieberhafte Krankheit durchgemacht (Typhus abdominalis?), an welche sich absolute Aphasie angeschlossen habe. Die Function der Schluckmusculatur solle dabei intact gewesen sein. Die Pat. habe später das Lesen und Schreiben in hebräischer Sprache erlernt und sei im Stande gewesen nach Dictat zu schreiben; sie sei der Aphasie wegen mehrmals in Riga und später in Dorpat elektrisch und pädagogisch ohne einen namhaften Erfolg behandelt worden. Pat. sei gracil gebaut, schlecht entwickelt, habe die Menses noch nie gehabt, hinke auf dem rechten Bein, dessen Fussgelenk etwas schlottere und weniger Umfang habe als das linke. Die Patellarreflexe seien etwas träge; die mimischen Bewegungen im Gesicht seien schwerfällig, das Stirnrunzeln gelinge nicht deutlich. Die Zunge führe unbeholfene Bewegungen aus und ihre Spitze könne nicht über die vordere Zahnreihe hinausgeschoben werden. Die Untersuchung des Kehlkopfes sei des stark gewölbten Zungenrückens wegen nicht gelungen, eine Anaesthesie der Rachenschleimhaut sei nicht vorhanden gewesen. Die elektrische Prüfung der betreffenden Muskelgruppen, speciell der Zunge ergab normale Reaction. Am Gesichtsfelde seien keine wesentlichen Aenderungen im Verhältniss der Reactionsfähigkeit für weiss, roth, grün vorhanden gewesen. Hysterische Druckpunkte habe man nicht finden können. Am rechten Bein sei die Sensibilität wesentlich herabgesetzt gewesen und überhaupt ein Mangel feinerer Empfindungen hier und da ganz regellos auch an den übrigen Theilen des Körpers nachweisbar gewesen.

Vortragender weist an der Hand das Lichtheim'schen Schema's nach, dass dieser Fall nicht als Kernaphasie, sondern als motorische transcorticale Aphasie gedeutet werden müsse und citirt Malachowski's Anspruch, dass bei dieser Form der Aphasie die Localisation derselben auf die grössten Schwierigkeiten stosse. Bei der Differentialdiagnose kämen in Betracht die Aphasieen bei bulbären Processen, nach Typhus und bei Hysterie. Sowohl die progr. Bulbärparalyse, als die Pseudobulbärparalyse seien sogleich wegen Mangel von Schlingbeschwerden, Muskelatrophieen und Abweichungen vom ganzen klinischen Bilde, und Entwickelungsverlauf auszuschliessen, ebenso bulbäre encephalitische Herde und Processe, da gar keine anderen Herdsymptome vorlägen.

In kurzen Zügen schildert Vortragender an der Hand der Arbeiten von R. Kühn, Boas, Henoch und namentlich Bohn das Bild der Aphasien nach Typhus und Scarlatina welche weitaus in der Mehrzahl der Fälle Kinder beträfen, oft von Lähmungen begleitet seien, meist nur wenige Wochen (in einem Fall 4 Jahre) dauerten und auf Embolien, beschränkte Haemorrhagien, trophische Gewebstörungen der betreffenden Hirnstellen zurückgeführt wurden und oft nur unter dem Bilde der Bradyphasie angedeutet seien. Von einer Schilderung des polymorphen Bildes der hysterischen Aphasie (oder besser Mutismus) welches jedem beschäftigten Collegen bekannt sei, glaubt Vortragender Abstand nehmen zu dürfen und erwähnt nur, dass bei derselben die Trägheit der Zungenbewegungen oft zur Beobachtung komme. Vortragender deutet vorliegenden Fall als Aphasie, welche zunächst entstanden durch den typhösen Process, in der Folge bei der hysterischen Disposition der betroffenen Patientin in einen dauernden hysterischen Mutismus übergegangen sei; diese Anschauung gewönne noch mehr an Boden durch den eclatanten Erfolg der eingeschlagenen hypnotischen Suggestiv-Therapie. Nach wenigen Sitzungen habe Pat. vorgesagte Worte nachsprechen können, obschon bei den Sitzungen kein tiefer somnolenter Zustand erzielt worden sei. Nach drei Wochen sei Pat. im Stande gewesen sich mit zwar nicht sehr lauter, aber vollkommen deutlicher Sprache zu verständigen, wie Jedermann sich davon jetzt überzeugen könne.

Da Vortragender sich Wetterstrand's Anschauung, dass die Hypnose selbst bei organischen Laesionen functionelle Besserungen erzielen könne, nicht anschliessen könne, glaubt er in dem Erfolge der hypnotischen Suggestiv-Therapie einen weiteren Beweis zu sehen für die Richtigkeit der Deutung dieses Falles als hysterischen Mutismus. Zur Mittheilung dieses von Herrn Prof. K. Dehio ihm zur Behandlung überwiesenen Falles habe sich Vortragender sowohl durch die lange Dauer der Aphasie (9 Jahre), als auch durch den schönen Erfolg der in jüngster Zeit so oft misscreditirten hypnotischen Suggestiv-Therapie bestimmen lassen. (Autorreferat).

Discussion:

a) Herr Dr. Eduard Schwarz-Riga schliesst sich dem Vortragenden in Bezug auf die Auffassung der Sprachstörung des vorgestellten Falles als hysterische an; sowohl die referirten Symptome als auch die Erfolge der hypnotischen Behandlung sprächen gewiss für diese Auffassung; — was je-



doch die «in jüngster Zeit so oft misscreditirte hypnotische Therapie» selbst anlange, so müsse Redner bei seinen auf früheren Aerztetagen (I. und IV.) von ihm geäusserten Meinungen bleiben und verweise auf diese. Die hypnotische Therapie sei ihrer oft schädigenden und in den meisten Fällen nur von temporären Erfolgen begleiteten Wirkungen wegen auch fürderhin nicht zu empfehlen; sie sei als Surrogat für eine directe psychische Beeinflussung anzusehen, das aus den Mitteln des Arztes schwinden solle, sobald die directe psychische Behandlung sicherer gehandhabt werden könne; wie weit solches möglich, das zu erörtern würde zu weit führen. Das Studium der hypnotischen Zustände habe viele werthvolle Fingerzeige gegeben für die Art und Weise, wie ein Mensch durch den anderen zu beeinflussen sei, doch solle solches immer direct und nicht mit Einführung eines mystischen Momentes — der Hypnose — geschehen.

Was jedoch die Beurtheilung des vorgestellten Falles anlange, so müsse betont werden, dass die hysterische Aphasie nur als ein Symptom des vorhandenen Zustandes oder als neben dem vorhandenen Zustande bestehend aufzufassen sei. Den ganzen Zustand als einen hysterischen zu bezeichnen wäre nicht richtig. Die Zustände, die heute noch oft anscheinend mit Recht als Hysterie bezeichnet würden, müsse man doch in vielen Fällen ganz anders beurtheilen. Dasjenige, was wir mit dem Worte Hysterie bezeichneten, gebe dem Zustande oft nur eine gewisse Färbung und unter einer Menge hysterischer Symptome verberge sich oft ein ganz anderer, oft mit grosser Mühe herauszubringender Zustand. Die Diagnose des vorgestellten Falles dürfe nicht auf Hysterie gestellt werden, obgleich der Mutismus und die Anaesthesie als hysterische Symptome gedeutet werden können; der Mutismus mit vollem Recht, die Anaesthesie mit weniger Recht. Die Patientin sei als ein psychisch decrepides Individuum anzusehen, das in der Kindheit Erkrankungen ausgesetzt gewesen, die die psychische Normalität und Integrität wahrscheinlich für Lebenszeit gestört hätten.

Wie die Erkrankung nach dem Typhus (?) aufzufassen, nach welcher die Stummheit zurückgeblieben, das sei unmöglich zu entscheiden, da alle genaueren Daten anamnestisch nicht zu erweisen gewesen. Wolle man einen Erklärungsversuch wagen, so könne man die hysterische Aphasie jedoch sehr wohl als letzten Rest einer nach Typhus nicht ganz seltenen Psychose auffassen. Redner referirt einen vor Kurzem im Diakonissenhause zu Riga beobachteten derartigen Fall, der nach Typhus Aphasie und Aphonie, Katalepsie und Abstinenz zeigte, welcher Zustand mehrere Monate bestanden hatte und unter energisch stimulirender Behandlung in 3 Wochen vollkommen heilte. Trete bei einem Individuum, das durch eine überstandene Kinderlähmung mit restirender Parese des rechten Beines und somit invalidem Gehirn, ein ähnlicher Zustand nach Typhus ein und komme kein so günstiger Verlauf zu Stande, wie in dem referirten Falle, so stehe nichts der Annahme im Wege die hysterische Aphasie als restirendes Symptom einer ähnlichen Psychose aufzufassen!

Die hypnotische Therapie habe somit auch nur ein Symptom, das ein imbecilles Individuum dargeboten, zum Schwinden gebracht; am ganzen Zustande könne dieselbe wohl nichts ändern. Bei der Classificirung der hysterischen Aphasie könne diese in dem Lichtheim'schen Schema keinen Platz finden, da sie als ein psychisches Symptom aufzufassen.

b) Herr Dr. J. Meyer wolle das Lichtheim'sche Schema nur anwenden, um von vornherein jede Annahme einer Heerderkrankung auszuschliessen. Die Aphasien nach Typhus seien der vielfachen nervösen Störungen wegen, welche dieselben in vielen Fällen begleiteten und die nur auf organische Veränderungen in Folge der typhösen Infection zurückgeführt werden könnten, nicht in dem Maasse, wie der Vorredner es wolle, auf hysterische Anlage zurückzuführen.

c) Herr Dr. Eduard Schwarz: bei den organischen Erkrankungen des Hirn-Rückenmarkes kämen meist verschiedene Reihen von Symptomen zur Beobachtung, deren Trennung gewiss eine schwere, oft eine unmögliche sei; es kämen in Betracht, einerseits direct durch die Läsion bedingte Ausfallssymptome, andererseits indirect durch die Läsion bedingte sogenannte Fernwirkungen und drittens psychisch bedingte Symptome, unter denen sich auch hysterische oft finden liessen. In diese letztere Reihe von Symptomen müsse der Mutismus der Patientin eingegliedert werden.

d) Herr Dr. Kessler-Dorpat fragt den Vortragenden, ob bei der hypnotischen Behandlung auch eine Beeinflussung der bei der vorgestellten Patientin vorhandenen Anaesthesie versucht worden sei.

e) Herr Dr. J. Meyer habe bis jetzt die Anaesthesie suggestiv nicht beeinflusst, beabsichtige dasselbe aber in der nächsten Zukunft zu thun.

f) Herrn Dr. Schönfeldt scheine es im Interesse einer nothwendigen präciseren Anwendung des Begriffes Hysterie nicht zulässig den von Herrn Dr. Schwarz angeführten Fall als «unter dem Bilde der Hysterie» verlaufend zu bezeichnen. Im Gegentheil scheine es näher zu liegen den ganzen Zustand als eine nach Typhus sehr häufige Psychose-Dementia acuta aufzufassen, welche, wie so oft unter Stupor, Abstinenz, Katalepsie verlaufend in 6—9 Monaten unter roborirender Behandlung in Genesung übergehen könne.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz sei wie er ja angeführt zu haben glaube der Ansicht des Herrn Vorredners, dass es sich in dem von ihm herangezogenen Falle um eine Psychose nach Typhus gehandelt habe; er habe ihn auch nur im Laufe eines Erklärungsversuches der beobachteten hysterischen Aphasie herangezogen. Den heutigen Zustand der vorgestellten Patientin wolle er ja nicht einmal als hysterischen bezeichnen und sei auch durchaus nicht Willens die acute Psychose seiner Patientin als eine hysterische zu bezeichnen. Der Zustand habe ihn aber freilich sehr an einen hysterischen erinnert, das Gebahren des Patienten sei sehr ähnlich dem eines Hystericus gewesen. Der Begriff «Hysterie» sei durchaus noch lange kein richtig und genügend definirter und wäre es für die medicinische und Laien-Welt vielleicht am glücklichsten diesen Begriff ganz los zu werden; jedenfalls müsse seine Anwendung eingeschränkt werden.

h) Herr Dr. Schönfeldt: Gerade weil der Begriff der Hysterie eingeschränkt werden müsse, sei es im Interesse der Klarheit wünschenswerth Zustände nicht als «der Hysterie ähnlich» oder unter dem Bilde der Hysterie verlaufend etc. zu bezeichnen, die mit derselben nur eine flüchtige äussere Aehnlichkeit bekundeten, in Wirklichkeit aber gar nichts mit der Hysterie zu thun hätten. In dem von Herrn Dr. Schwarz besprochenen Falle seien auch keinerlei hysterischen Symptome objectiv nachgewiesen worden, es könnte daher der praktische Arzt irre geleitet werden und einen gewissen inneren Zusammenhang und eine Gleichartigkeit fälschlicher Weise vermuthen.

i) Herr Dr. Eduard Schwarz: in den meisten oder in vielen Fällen, der bei uns zu Lande beobachteten Fälle von Hysterie könne man lange nicht so oft objective Symptome finden, als etwa in Frankreich. Wolle man sich auf die einzelnen Bezeichnungen und Ausdrücke stützen, so könnte man oft irre geleitet werden. Die Acten über die Hysterie seien noch lange nicht geschlossen.

k) Herr Dr. Schönfeldt: es handele sich in den beiden angeführten Fällen um 2 grundverschiedene Zustände, die zu einander nicht in Beziehung gebracht werden dürften; hier handele es sich um eine Hysterica, die auch wenn die Aphasie und Anaesthesie geschwunden seien, voraussichtlich invalide bleiben werde, d. h., wahrscheinlich andere hysterische Symptome für ihr Leben behalten werde. Dort aber um einen Mann, der nach dem Typhus eine typische Psychose durchgemacht und voraussichtlich fortan rüstig und gesund bleiben werde. Er habe eben nichts hysterisches dargeboten. Gerade dem praktischen Arzte gegenüber erscheine es besonders wünschenswerth nicht Krankheitsbilder mit der Hysterie auch nur im Entferntesten in Zusammenhang zu bringen, nur weil gewisse Symptome denen der Hysterie ähnlich seien; die geschilderten Zustände hätten nichts mit einander gemein und vom principiellen Standpunkte seien sie daher auch praecise und consequent von einander zu halten.

l) Herr Dr. Eduard Schwarz glaube nicht die beiden Zustände mit einander verglichen oder sie in einen Zusammenhang gebracht zu haben; wenn ein Vergleich gemacht werden solle, könne nur der Zustand den Patientin damals vor 9 Jahren dargeboten habe mit dem Zustande verglichen werden, die sein Pat. zeigte; doch sei weder sicher bekannt, ob Patientin wirklich den Typhus durchgemacht oder eine andere längere Zeit dauernde fieberhafte Krankheit; noch sei es möglich sich über den Zustand, der dem praesumtiven Typhus folgte ein klares Bild zu verschaffen. Man sehe nur ein Endstadium vor sich, das nicht als Hysterie zu bezeichnen, sondern als psychische Invalidität, wie Vorredner selbst angebe, aufzufassen sei: die hysterischen Symptome seien Begleiterscheinungen.

2. Herr Dr. G. v. Knorre hält seinen Vortrag: **«Ueber Vaginofixation des Uterus»**. (Der Vortrag ist in extenso in der Nr. 44. 1893, der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift erschienen).

Discussion.

a) Herr Dr. M. Treymann-Riga habe 3 Operationen von Vaginofixation des Uterus gemacht, nach Dührsen, und in einem Falle nach Mackenrodt's Angaben einem Collegen assistirt; Redner meint, dass gute Erfolge zu erzielen seien, wo die Ventrofixatio uteri und die Pessarbehandlung nicht angängig sei; vorausgesetzt, dass man den Uterus zwischen Fundus und orificium internum fixirte. Redner wende am liebsten versenkte Seidennähte an.

b) Herr Prof. Dr. Küstner: erwähnt, dass er Mackenrodt in Deutschland habe operiren sehen und habe constatiren können, dass das hier angewandte Verfahren ein absolut nicht von dem Mackenrodt'schen abweichendes gewesen sei. Die Misserfolge fielen also der Methode zur Last; ferner erwähnt Redner einen Fall, wo er ein halbes Jahr nach der vaginalen



Fixation die Ventrofixation gemacht habe und sich habe überzeugen können, dass die oberen Suturen, obwohl einen Ctm. über dem Muttermunde liegend den Uterus sehr tief gefasst hatten, und doch von einer Corpusfixation eigentlich nicht die Rede gewesen sei. Redner glaubt, dass dieses stets der Fall sein werde; man werde immer tiefer fixiren, als man beabsichtige und sei solches der bedeutenden Cervixdehnung, welche während der Operation erfolge, zuzuschreiben. Dieses werde stets der schwache Punkt der vaginalen Fixation bleiben und würden auch deshalb Misserfolge nie ausbleiben.

c) Herr Dr. Eduard Schwarz vermisst in den angeführten Krankengeschichten Angaben über die vor dem Operationsverfahren versuchte Therapie. Die Retrodeviationen seien oft Begleiterscheinungen eines allgemeinen Schwächezustandes mit besonders stark ausgeprägtem Schwächezustande der Unterleibsorgane. Ehe man Frauen einer Operation unterwerfe, die keine günstigen Aussichten darböte, wie Vortragender zeige, sei in passenden Fällen eine allgemein roborirende Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Unterleibsorgane, die durch den faradischen Strom günstig zu beeinflussen seien, einzuleiten und sei oft von gutem Erfolge begleitet. Redner zeigt an einem Beispiel, das er kürzlich in Riga in der Praxis erlebte, wie durch ein solches Verfahren ein vollkommen normaler Stand des Uterus habe erzielt werden können; der Befund sei von einem Gynäkologen controllirt worden: Referent empfiehlt in den oft trostlosen Fällen ein derartiges Verfahren nicht unversucht zu lassen, ehe man operire.

3. Der Vortrag des Herrn Dr. Fr. Hach-Riga **«Die Discission des canalis cervicis und die Sterilität der Ehe»** musste fortfallen, da Herr Dr. Hach amtlich verhindert war auf dem Aerztetage zu erscheinen.

4. Herr Dr. M. Treymann-Riga hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber submucöse Myome»** (Der Vortrag ist in extenso in der Nr. 2 1894 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift erschienen).

5. Herr Dr. v. Knorre-Dorpat giebt ein Correferat zu dem Vortrag des Herrn Dr. Treymann und bespricht die vaginalen Methoden der Entfernung von Uterusmyomen. Bei der unvergleichlich geringeren Gefährlichkeit des Eingriffes von der Scheide aus gegenüber den abdominellen Operationsmethoden will Ref. ersterem überall da den Vorzug geben, wo dieselbe möglich und die Entfernung des Myoms wirklich indicirt sei. Ref. führt die für die vaginalen Eingriffe: Enucleation, Abtragung mittelst Scheere und Messer oder der Schulze'schen Löffel-Zange geeigneten Fälle an, weist dann aber besonders auf ein Verfahren hin, das bei der jetzt üblichen Anti- und Aseptik das Feld für die Operationen von der Scheide aus bedeutend erweitere. Diese Methode und die zweiresp. mehrzeitige vaginale Enucleation lasse Tumoren in Angriff nehmen, die früher wegen ihrer abnormen Grösse einen Eingriff von der Scheide aus contraindicirte Es werde hierbei in der ersten Sitzung so viel vom Tumor entfernt, als ohne besondere Mühe möglich, die Uterushöhle mit Jodoformgaze tamponirt und durch Eis, Cornutin oder Ergotin für energische Uteruscontractionen gesorgt. Nach 10—14 Tagen sei der Tumorrest durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter tiefer herabgetreten und gelockert — es könne jetzt die vollständige Entfernung des Tumors vorgenommen werden. Referent empfiehlt dieses Verfahren auf Grund seiner Erfahrungen an der Dorpater Frauenklinik weil:

a) der Eingriff von allen Patientinnen gleich gut vertragen werde — selbst bei hochgradig Anämischen habe der unvermeidliche Blutverlust keine üblen Folgen gehabt.

b) der Eingriff, gegenüber der Laparotomie von bedeutend geringerer Gefährlichkeit, schon seines durchaus conservativen Charakters wegen den Vorzug verdiene.

c) die Entfernung des Myoms, besonders des Restes, auch wenn er der grössere Theil, keine unüberwindlichen Schwierigkeiten darbiete, da derselbe durch die Uteruscontractionen gelockert sei.

Eine Contraindication für die zweizeitige Enucleation — breitbasige, submucöse Entwickelung des Myoms vorausgesetzt — würde nur durch eine unverkürzte lange Cervix gegeben sein.

Ein weiteres Verfahren, dem Referent das Wort redet, sei die vaginale Totalexstirpation wegen myomatös degenerirtem Uterus. Auch hier sei ja natürlich präcise Indicationsstellung, ob überhaupt operirt werden solle, Voraussetzung. Sei diese erfüllt, so müsse man als geeignet hierfür die Fälle bezeichnen, wo der Uterus von multiplen Myomen durchsetzt die Grösse einer Mannesfaust nicht überschreite. Es sei diesem Verfahren dort der Vorzug zu geben, wo es mit der Castration in Concurrenz trete, da das direct erkrankte Organ fortgeschafft werde und man etwaigen Psychosen, wie sie nach Castration nicht selten beobachtet wurden, aus dem Wege gehe.

Als letztes Verfahren zieht Ref. die Unterbindung der Art. uterinae (Küstner-Gottschalk) in den Kreis der Betrachtungen. Ref. habe gute und schlechte Resultate nach solcher Ligirung beider Arterien gesehen, könne sich daher noch nicht bestimmt dafür oder dagegen erklären. Ref. sei geneigt dieses Verfahren in geeigneten Fällen anzuwenden, da dieser Eingriff entschieden die geringste Gefahr mit sich bringe.

Discussion:

a) Prof. Dr. Thoma fragt den Vortragenden, binnen welcher Zeit nach Enucleation eines Uterusmyoms die Blutungen aus der Uterusschleimhaut aufhörten.

b) Herr Dr. M. Treymann: nach Operation der Cervix- und Uterusmyome lasse die Congestion der Beckenorgane resp. der Uterin-Mucosa und der Ovarien anscheinend rasch nach, der Uterus verkleinere sich schnell und schliesse sich ab. Die Menses seien bald regelmässig und spärlich; wie schnell und ausgiebig die Rückbildung vor sich gehe, beweise ein einschlägiger Fall, in welchem nach Fortschaffung eines Cervixmyoms ein birngrosses Ovarium schnell sich bis auf Mandelgrösse zurückgebildet habe.

c) Herr Dr. v. Knorre hebt Herrn Prof. Thoma gegenüber das verschiedene Verhalten der Schleimhaut des Uterus hervor, die bald hypertrophisch, bald rareficirt erscheine. Nach vorausgegangener Enucleation sistirten die Blutungen nach den Erfahrungen der Dorpater Klinik stets und kehrten nicht wieder, es sei denn, dass ein neues Myom zu erneuten Blutungen Veranlassungen gäbe.

7) Der vorgerückten Zeit wegen bittet der Herr Praeses Herrn Dr. Keilmann nur einen von den von ihm angekündigten Vorträgen nach freier Wahl vortragen zu wollen.

Herr Dr. Keilmann wählt geäusserten Wünschen gemäss seinen Vortrag **«Ueber Geburten mit Wehenschwäche»** (Der Vortrag wird in extenso in der St. Pet. Med. Woch. erscheinen). Eine Discussion kam nicht zu Stande.

8) Herr Dr. A. v. Schrenck-St. Petersburg hält seinen angekündigten Vortrag über **«Metritis dissecans»** und demonstrirt das betreffende Präparat. (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

Eine Discussion kam nicht zu Stande.

9) Der Präses stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf § 23) gewünscht werde; die Frage wird einstimmig verneint.

10) Nachdem der Präses den Theilnehmern für das Interesse, das sie den Verhandlungen des Aerztetages entgegengebracht, gedankt, wird der Aerztetag statutengemäss durch den örtlichen Herrn Kreisarzt Dr. Ströhmberg geschlossen.

z. Z. Secretär Dr. med. Eduard Schwarz.

Vermischtes.

— Am 17. (29.) März fand zu Rom die Eröffnung des internationalen medicinischen Congresses in Gegenwart des italienischen Königspaares, der gesammten Diplomatie und eines überaus zahlreichen Publicums im Constanzi-Theater statt. Ueber 7000 Aerzte aus aller Herren Länder hatten sich zu dem Congress eingefunden. Sobald das Königspaar unter dem Thronhimmel auf der Bühne Platz genommen, trat der Ministerpräsident Crispi vor die Versammlung, die er Namens des Königs und der Königin begrüsste. Er wies in seiner Rede auf die doppelte Bedeutung des Congresses hin, die sowohl eine wissenschaftliche, als auch eine sociale sei. Vereinigungen wie diese seien für die Entwickelung des modernen Europas nothwendig. Die wissenschaftliche Aufgabe der modernen Medicin bestehe vornehmlich in der Verhütung von Volkskrankheiten, social führe der Congress die friedliche Vereinigung der Völker herbei. Nach ihm sprach der Unterrichtsminister Dr. Baccelli, welcher bekanntlich auch Präsident des Congresses ist. In lateinischer Sprache führte er den Gedanken aus, wie Rom einst die Wiege der Cultur der europäischen Staaten gewesen, so sei es augenblicklich der Vereinigungspunkt der wissenschaftlichen Bestrebungen zum Wohle der Menschheit. Nachdem sodann der Bürgermeister Roms, Ruspoli die Vertreter der tiefsten und breitesten aller Wissenschaften seitens der Stadt willkommen geheissen, betrat Prof. Rudolf Virchow, stürmisch begrüsst, die Rednerbühne. In italienischer Sprache redend, wies er auf den Jahrhunderte langen wissenschaftlichen Zusammenhang zwischen Italien und Deutschland hin. Zum Schluss der Sitzung sprachen die Delegirten der Nationen wenige Grussworte.

Der nächste internationale med. Congress wird in Russland tagen; die Wahl der russischen Stadt ist der russischen Regierung überlassen worden.

— Professor Dr. Grube (Charkow) ist von seiner schweren Erkrankung so weit hergestellt. dass er in nächster Zeit seine klinische Thätigkeit wieder aufnehmen kann.

— Der Director des hiesigen Roshdestwenski Baracken-Lazareths, Ehren-Leibmedicus Geheimrath Dr. Joseph Bertenson, ist zum Regierungscommissar der kaukasischen Mineralbäder ernannt worden.

— Der als Augenarzt bekannte Herzog Karl Theodor von Bayern, welcher in selbstloser Weise seinem gewählten Beruf mit grossem Eifer nachging, ist schwer erkrankt

und sucht Heilung im Süden. Er wird daher seine praktische Thätigkeit aufgeben und seine Augenklinik in Schwabing schliessen.

— Der Professor der Psychiatrie Dr. Alex. Koshewnikow ist anlässlich seines Jubiläums (s. S. 90 d. Wochenschr.) zum Ehrenmitgliede gewählt worden von der Moskauer Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater, von der psychiatrischen Gesellschaft in St. Petersburg. von der Wilnaschen und der Tambowschen medicinischen Gesellschaft sowie von dem Vereine von Freunden der Naturkunde, Anthropologie und Ethnographie, in St. Petersburg.

— Fünfzehn Aerzte, die an der gynäkologischen Abtheilung des hiesigen weiblichen Obuchowhospitals beschäftigt sind, haben vor Kurzem dem Leiter dieser Abtheilung, Dr. W. A. Wasten ein silbernes Büvard zum Andenken an die ersten 100 Laparotomien, welche er im Laufe von drei Jahren im Obuchowhospital ausgeführt hat, überreicht. (Jeshenedelnik.)

— Der Professor der Physik an der militär-medicinischen Academie, Dr. Nikolai Jegorow welcher am 12. März sein 25jähriges Jubiläum feierte, ist auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Die Schüler des Professors der allgemeinen Therapie und Diagnostik an der Moskauer Universität, Dr. Tscherinow haben beschlossen, zum Andenken an das 25-jährige Jubiläum ihres Lehrers eine Prämie für Arbeiten auf dem Gebiete der Diagnostik innerer Krankheiten zu stiften.

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: der Oberarzt des Militär-Lazareths in Simferopol, Staatsrath Dr. Böthling mit Uniform.

— Verstorben: 1) In Reval am 20. März der emeretirte Stabsarzt, Staatsrath Dr Johann Gottfried Weisse, im 81. Lebensjahre. Zu Reval geboren, erhielt der nunmehr Hingeschiedene seine Schulbildung ebendaselbst und bezog dann die Dorpater Universität, an welcher er von 1831—36 Medicin studirte. Nach Erlangung der Arztwürde trat W. 1839 in den Militär-Medicinaldienst und war successive Arzt des Astrachanschen Kosakenregiments, Oberarzt der 4. reitenden Artillerie-Brigade, Stabsarzt der Militär-Ansiedelungen im Gouvernement Nowgorod und zuletzt Oberarzt des Kirnburnschen Dragoner-Regiments. Er hat unter Anderem auch die ungarische Campagne in der Stellung eines Brigadearztes mitgemacht. Im Jahre 1869 nahm er seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit als Privatmann in seiner Vaterstadt, wo er eine allgemein bekannte und geachtete Persönlichkeit war. Sein warmes Gemüth und seine menschenfreundliche Dienstbereitschaft bethätigte er auch mehrfach wie wir Revaler Blättern entnehmen durch humane Werke der Nächstenliebe und speciell als Präses des Hilfsvereins und der von demselben unterhaltenen Kinderbewahranstalt. 2) In Kainsk (Gouv. Tomsk) der Oberarzt des örtlichen Militer-Lazareths Heinrich Kuntz. 3) In Jalta der dortige Arzt Gurjan im 33. Lebensjahre. Wenn wir uns nicht irren, hat der Hingeschiedene seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1882—84 Medicin studirte. 3) In Charkow der ältere Ordinator des dortigen Militärhospitals M. N. Protopopow im Alter von 56 Jahren. Der Verstorbene prakticirte seit dem Jahre 1865. 4) In Heidelberg der Senior der dortigen medicinischen Facultät, Dr. Friedrich Delffs, Professor der Chemie, im 82. Lebensjahre. Wegen vorgerückten Alters hatte D. seine Vorlesungen schon vor vielen Jahren eingestellt.

— Vor Kurzem beging der langjährige Badearzt in Charlottenbrunn (Provinz Schlesien), Geh. Sanitätsrath Dr. Moritz Neisser, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Er ist auch bekannt durch seine in mehreren Auflagen erschienene Uebersetzung und Commentirung des berühmten Beardschen Werkes über Neurasthenie.

— In Libau hat sich ein ärztlicher Verein gebildet, welcher officiell den Namen «Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau» führt. Die Initiative zu dieser Gründung ist von einer Anzahl praktischer Aerzte Libau's und der nächsten Umgebung ausgegangen, welche bereits seit längerer Zeit in zwanglosen privaten Abenden sich zusammenfanden, um über fachwissenschaftliche Fragen zu discutiren und durch den persönlichen Verkehr ein freundschaftliches Verhältniss zu einander zu fördern. Die Bestätigung der Statuten ist, wie die Libauer Blätter berichten, vor kurzem aus St. Petersburg eingetroffen.

— Die Berliner medicinische Gesellschaft hat ihren früheren langjährigen Vicepräsidenten, Prof. Dr. Henoch einstimmig zum Ehrenmitgliede erwählt.

— Nach dem Rechenschaftsberichte der hiesigen Gesellschaft weiblicher Aerzte zur gegenseitigen Unterstützung verfügte die Gesellschaft am 1. Januar 1894 über 3,335 Rbl., von welcher Summe 1500 Rbl. dem Grundkapital zugeschlagen wurden. An Darlehen und Unterstützungen wurden im verflossenen Jahre 480 Rbl. verabfolgt. Die Zahl der Mitglieder beträgt 184, die der Ehrenmitglieder 15. An Spenden waren im Rechenschaftsjahre 300 Rbl. eingeflossen und zwar vom Ehrenmitgliede A. L. Schenjawski 100 R. und von der Aerztin O. A. Maschkowa 200 Rbl.

— Der bekannte Process des Professors Jäger wider den Redacteur des «Wratsch», Professor Manasseïn, gelangt auf die Appellationsklage des Jäger'schen Advocaten Berlin hin im April-Monat in zweiter Instanz zur Verhandlung.

— Am 9. März beging die hiesige heilige Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern vom Rothen Kreuze das 50-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Diese älteste der hiesigen Gemeinschaften barmherziger Schwestern hat sich durch die Krankenpflege sowohl in Kriegszeiten, (namentlich während des Krimkrieges und des letzten türkischen Feldzuges) als auch in Friedenszeiten (die Gemeinschaft unterhält hierselbst ein Hospital mit 90 Betten) grosse Verdienste erworben. Mehrere Aerzte dieser Gemeinschaft sind anlässlich des Jubiläums durch Ordensverleihungen ausgezeichnet worden.

— Die Choleraepidemie ist mit Ausnahme der Gouvernements Kowno und Plozk im ganzen russischen Reiche als erloschen zu betrachten. Nach dem neuerdings nach längerer Pause veröffentlichten officiellen Cholera-Bulletin sind im Gouvernement Kowno vom 27. Febr. bis zum 5. März 10 Erkrankungen und 6 Todesfälle, im Gouv. Plozk vom 10.—19. März 5 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen. Auch in der Stadt Warschau waren vom 1.—6. März noch 4 Personen an der Cholera erkrankt und 3 gestorben.

In Constantinopel wurden vom 15.—21. Februar n. St. noch 22 Erkankungen und 17 Sterbefälle an der Cholera gemeldet,

Aus Persien liegen seit dem Ende des Januar-Monats keine Nachrichten über Neuerkrankungen vor und ist die Cholera dort bis auf weiteres als erloschen anzusehen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. März d. J. 6586 (49 weniger als in der Vorwoche), darunter 248 Typhus — (20 wen.), 837 Syphilis — (31 mehr), 36 Scharlach (2 weniger), 23 Diphtherie — (4 wenig.). 79 Masern — (4 mehr), und 21 Pockenkranke — (1 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Wladimir. Gehalt 1000 Rbl. jährlich. Adresse: «Владимірская Уѣздная Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt für den Flecken Schawkjany (Gouv. Kowno) gesucht. Wegen der näheren Bedingungen hat man sich an die örtliche Apotheke zu wenden. Adresse: «М. Шавкяны, Шавльскаго уѣзда, въ аптеку Блинотрубовой».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. März 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
321	269	590	120	63	108	9	9	14	49	50	45	42	39	34	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 30, Scharlach 4, Diphtherie 14, Croup 5, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 32.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.



 **ANNONCEN JEDER ART** werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 

BAD ELSTER. Königreich Sachsen.

Directe Eilzugsverbindung mit den Hauptstädten — 491 Meter über dem Meere — von dicht bewaldeten Bergen umkränzt, reizend gelegen. Der Curort erfreut sich reinster Gebirgsluft, ist inmitten meilenweiter Waldungen von starken Winden geschützt, parkartig angelegt, besitzt vorzügliche Quellwasserleitung. Klima gebirgsfrisch, doch im Ganzen milde und auffallend gleichmässig.

Zwölf alkalisch salinische **Eisensäuerlinge**, sich abstufend von den mildesten bis zu den stärksten und eine kräftige **Glaubersalzquelle**. Von den fünf zu Trinkkuren benutzten, sehr leicht verdaulichen Heilquellen enthält die Moritzquelle 0,09 Eisenoxydul im Liter, so dass sie zu den stärksten Stahlquellen Deutschlands zählt, die Königsquelle neben 0,08 Eisenoxydul zugleich 0,11 Lithionbicarbonat. Milch-, Molken-, Kefirkuren. **Kohlensäurereiche Stahlbäder**, als vorzüglich anerkannte **Eisenmoorbäder**, electrische und Fichtennadelbäder, künstliche Salz- und Soolbäder, Dampfbäder, Electrische und Kaltwasser-Kur, Massage. — Die Kureinrichtungen sind «in jeder Beziehung ausgezeichnet». (Seegen, Kisch, Thilenius u. A.).

Curzeit vom 1. Mai bis 30. September.

Frequenz 1893: 6697 Personen. Vom 1. bis 15. Mai und vom 1.—30. September ermässigte Bäderpreise, sowie vom 1. September ab halbe Curtaxe. Gutes Curorchester und Sommertheater, Künstlerconcerte. Neues prachtvolles Curhaus mit Concert-, Speise-, Spiel-, Gesellschafts- und Lesezimmer. Electrische Beleuchtung. Protestantischer und katholischer Gottesdienst. Spielplätze für Kinder und Erwachsene (u. A. Lawn-Tenis). Reizende Umgebung.

Heilanzeigen: Störungen der Ernährung und Constitution mit Blutarmuth und fehlerhafter Blutmischung, Frauenkrankheiten, besonders chronische Entzündungen und Exsudate, chronischer Nervenleiden, besonders Neurasthenie, Basedow'sche Krankheit, Neuralgien, spec. Ischias, periphere Lähmungen, chronische Entzündungen des Rückenmarks, chronische Herzleiden, chronische Katarrhe der Verdauungswege, Dyspepsie, habituelle Obstruction, Störungen der Säftemischung mit Verlangsamung des Stoffwechsels, nicht selten unter gleichzeitiger krankhafter Veränderung der Leber, Fettleibigkeit, torpide Skrophulose, chronischer Rheumatismus, Gicht.

Ausführliche Prospecte postfrei durch die **Königliche Baddirection.**

Mein in Fachkreisen empfohlenes und überall eingeführtes



mit 3 Okularen und 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, grosses Hufeisen-Messing-Stativ etc. liefere unter Garantie für Güte und Brauchbarkeit complet in Mahagoni-Kasten zu **140 Mark**; do. mit Irisblende **150 Mark.**

Ferner empfehle mein gesetzl. geschütztes

Universal-Bakterien-Mikroskop

mit Objectiv-Revolver mit 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Okular-Revolver mit 3 Okularen, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, ganz grosses Hufeisen-Stativ mit neuester Micromillimeterschraube, complet in Mahagoni-Kasten **200 Mark.** (Geprüft und begutachtet von Prof. Dr. M. Nencki, St. Petersburg; Prof. Dr. Chomjakoff, Kasan; Dr. L. von Nencki, Warschau).

Illustrirte **Cataloge** mit Gutachten gratis und franco! (13) 12—6

Ed. Messter, Optiker und Mechaniker, **Berlin NW.** Friedrichstr. № 95.

Lieferant für hiesige und auswärtige Universitäten und Krankenhäuser.

Cur- u. Seebad **PERNAU** in Livland.

Saison vom 20. Mai bis zum 31. August.

Nähere Auskünfte gratis und franco durch die

(25) 4—1 **Badecommission.**

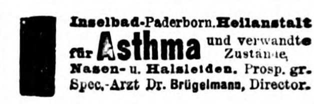
Новое изданіе К. Л. Риккера въ Спб., Невскій пр., 14.

РУКОВОДСТВО
КЪ КЛИНИЧЕСКОМУ ПОЛЬЗОВАНІЮ ЛѢКАРСТВАМИ
для врачей и студентовъ.

Профессора д-ра **Фр. Пенцольдта**, въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ 3-го исправл. и дополн. нѣмецкаго изданія прив.-доц. д-ра **Г. А. Шапиро.**

Русское изданіе второе. 1894. Цѣна 3 руб., съ пересылкой 3 руб. 35 к.





Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

Pädagogium Thale am Harz.

Für Schüler sehr gesunder Aufenthalt, gute Pflege und gewissenhafte Vorbereitung für alle Klassen höherer Schulen. Individuelle und energische Förderung. Beste Empfehlungen. P. mit Unterr. 800—1000 M. Näh. Prospecte. **Dr. Lohmann.** (19) 6—2

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig

Soeben erschien: (34) 1—1

Dr. A. Strümpell's Lehrbuch
der
Speciellen Pathologie u. Therapie
der
inneren Krankheiten.

8. neu bearbeitete Auflage. I. Band. Mit 38 Abbildungen. gr. 8. 1894. Preis: 12 M., geb. 14 M.

Die
Perniciöse Malaria
in
Deutsch-Ostafrika.
von
Dr. E. Steudel,

Stabsarzt im Infant.-Reg. Kaiser Friedrich, König von Preussen (7. Württ.) № 125 früher Oberarzt in der Kaiserl. Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika.

Mit 1 Curventafel. gr. 8. 1894. Preis 2 M.

Dr. Heinr. Welsch in **Bad Kissingen** (Deutschland). (20) 6—3

Anwendung, Wirkung, Indicationen

d. **Kissinger Heilmittel** ersch. in III. Aufl. Preis 1 Mk. = 45½ Cop.

Verlag von Weinberger in Bad Kissingen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ. д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Довв. ценз. Спб. 28 Марта 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, 2. (14.) April **1894**

Zur operativen Behandlung des Trachoms.

Nach einem Vortrag, gehalten am 3. Sept. 1893 auf dem V. livländischen Aerztetage zu Dorpat

von

Dr. med. H. Truhart — Fellin.

M. H.! Auf dem vorigen Aerztetage hatten wir Gelegenheit uns eingehend mit der Frage über die Verbreitung des Trachoms in Livland zu beschäftigen. Dank der von Dr. Oehrn-Wendau angestellten umfangreichen statistischen Enquête konnte damals in anschaulicher Weise festgestellt werden, dass trotz der culturellen Fortschritte und der mit dem grösseren Wohlstand gleichen Schritt haltenden Verbesserung der hygienischen Lebensbedingungen unserer Landbevölkerung die enorm hohen Ziffern bezüglich der Verbreitung des Trachoms kaum hinter denen zurückstehen, welche als Endresultate der im Anfang der 60-er Jahre angestellten Untersuchungen hervorgegangen waren, dass mithin der in den letzten Jahrzehnten bei uns zu Lande mit dieser für das Sehorgan so verderblichen Infectionskrankheit geführte Kampf sich nahezu wirkungslos erwiesen hat.

Bei der Wichtigkeit der Frage, bei der grossen Gefahr, welche der Arbeitskraft unseres Landvolks zufolge der Massenverbreitung dieses contagiösen Augenleidens droht, waren jene in unserer Aerzteversammlung gepflogenen Verhandlungen wohl geeignet, die volle Aufmerksamkeit unserer Landesinstitutionen auf sich zu lenken: gemeinsam sind gegenwärtig die Medicinalverwaltung, die Gouvernementsregierung und unsere livländische Ritter- und Landschaft bestrebt, durch Reorganisation des Sanitätswesens auf dem Lande, durch Neugründung von Kirchspiels-Doctoraten und Hospitälern, durch Einführung obligatorischer ärztlicher Controle der Dorfschulen u. s. w. unter anderem auch einer wirksameren Kampfesmethode dieser Krankheit gegenüber die Wege zu ebnen.

Bei diesem Stande der Dinge werden Sie, meine Herren Collegen, es für nicht unbegründet erachten, wenn ich es mir erlaubt habe, durch Ankündigung eines speciell die Localbehandlung dieses Leidens in's Auge fassenden Vortrages auf's Neue eine Frage auf die Tagesordnung zu bringen, die schon wiederholt Gegenstand der Verhandlung unter uns gewesen. Bei der Vielgestaltigkeit des bisher von den Ophthalmologen eingeschlagenen Verfahrens scheint es mir aber dringend geboten, dass wir, nachdem wir im vorigen Jahre zunächst bezüglich der im Allgemeinen zu ergreifenden prophylaktischen und sanitär-hygienischen Maassnahmen behufs Bekämpfung des Trachoms eine Einigung erzielt, nunmehr uns auch über die zweckentsprechendste Methode des ärztlichen Handelns dem Einzelfalle gegenüber durch gegenseitigen Austausch der Erfahrungen zu verständigen suchen.

Den Ophthalmologen von Fach allein den Kampfplatz zu überlassen, dazu reichen die Kräfte, wie auch die Specialanstalten in unserem Lande, dazu reichen aber auch die Mittel der Patienten nicht aus. Jeder einzelne Arzt in Stadt und Land muss in der Lage sein, mittheilnehmen zu können an dem Kampf gegen diese unter unserem Landvolk herrschende «Endemie.» Damit ein solcher aber zielbewusst und ohne Aufschub auf der ganzen Linie begonnen werden kann, dazu bedarf es vor Allem einer sichern Directive. Die bunte Mannigfaltigkeit der auch heutzutage noch von allen Seiten vorgeschlagenen Behandlungsverfahren beweist wohl zur Genüge, dass es bisher an einer solchen noch gefehlt, und so ist denn gleichfalls die bisherige nahezu vollständige Erfolglosigkeit des Kampfes gegen die Verbreitung des Trachoms bei uns zu Lande wenigstens zum grossen Theil auch zurückzuführen auf den Mangel einer einmüthig anerkannten, rationellen Therapie.

Wie Ihnen ja Allen wohlbekannt, beschränkte sich die Behandlung des Trachoms bis vor nicht allzulanger Zeit zurück nahezu ausschliesslich auf die Anwendung von Medicamenten, welche überdiess, wenigstens auf dem Lande in der weit überwiegenden Mehrzahl aller Fälle, den Patienten zu eigenhändigem Gebrauch überlassen blieben. Bei dem zeitweiligen Nutzen, die dieselben ja



ohne Zweifel auf die trachomatös afficirte Conjunctivalschleimhaut ausüben, gehörte es daher fast zur Regel, dass Trachomkranke, welche, indem sie von Zeit zu Zeit sich immer von Neuem nach geschehener Verordnung des ein Mal verschriebenen Mittels bedienten, scheinbar constant unter ärztlicher Behandlung stehend, 10—15 Jahre, ja oft noch länger wandelnde Träger des Ansteckungsstoffes waren und blieben.

Solch ein schablonenhaftes Verordnen von Blei-Zink-Kupfer oder Höllensteintropfen gegen Trachom dürfte wohl bei Niemandem unter Ihnen ernstliche Vertheidigung finden. Aber auch dem vom Arzte selbst ausgefürten Beizen mit Lapis oder dem Blaustift vermag ich nicht das Wort zu reden, da dasselbe — bei zu geringer Einwirkung auf die Trachomkörner selbst — zu stark reizend wirkt, viele Monate dauernde Behandlung in Anspruch nimmt und bei einem derartigen andauernden Gebrauche die Schrumpfung des Gewebes fördert und hierdurch Anlass zu den das Sehorgan so gefährdenden Verbildungen der Augenlider bietet.

Abgesehen von den neuerdings auch bei uns eingeführten Sublimatabreibungen kann ich die anderweitigen medicamentösen Behandlungsmethoden, welche, wie beispielsweise das Wecker'sche Jequirity-Verfahren, durch Hervorrufung hochgradiger Entzündungsprocesse radicale Zerstörung der Trachomkörner bezwecken oder aber, welche durch submucöse Injectionen von desinficirenden Mitteln Vernichtung des Trachomvirus anstreben, füglich ganz übergehen, da die Erfahrung gelehrt hat, dass bei jenem Verfahren nur zu häufig auch das Sehvermögen des betreffenden Auges mit zu Grunde geht, bei diesem hinwiederum eine antibacilläre Therapie heutigen Tages erst recht beim Trachom einer sicheren Basis entbehrt, da dem Noiszewski'schen «Microsporon trachomatosum[1])» bis hierzu von fachwissenschaftlicher Seite noch keineswegs ein volles Bürgerrecht unter den Bacillen eingeräumt werden konnte.

Unter der Zahl der medicamentösen Behandlungsmethoden gebührt nach den bisherigen Erfahrungen dem Sublimatverfahren entschieden der Vorzug

Es besteht dasselbe in 1—2 Mal täglich erneuten, energischen Abreibungen der erkrankten Conjunctivalschleimhaut mittelst Wattebäuschen, welche in je nach der Intensität der Affection mehr oder weniger concentrirte Sublimatlösung (1:2000 bis 1:500) getaucht sind.

Dieses von den Gebrüdern, den Doctoren G. und O. Keining eingeführte Verfahren hat in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit weiter Fachkreise auf sich gelenkt und ist zunächst Dank der Initiative des österreichischen Ministerium des Inneren auf den verschiedensten Specialkliniken in Massenversuchen einer sorgfältigen und eingehenden Prüfung unterworfen worden. Die in den Wiener medicin. Blättern veröffentlichten Resultate dieser umfangreichen fachmännischen Prüfungen lassen sich in nachstehenden Sätzen kurz zusammenfassen:

Das Keining'sche Sublimatverfahren ist, wo Aerzte und Krankenhäuser mangeln, mithin besonders unter der Landbevölkerung für Behandlung von Seiten der Laien am Platz. Sublimat ist wohl kein specifisches Mittel gegen Trachom, belästigt aber den Kranken subjectiv weniger als Lapis und Blaustift und verdient daher in leichten Fällen den Vorzug. Die ausschliessliche Behandlung eignet sich hauptsächlich für leichte und frische, dem folliculären Bindehautcatarrhe ähnliche Fälle, sowie bei stärkerer Secretion. Die Therapie mit Sublimat hat mit Lapislösung und Kupfervitriol abzuwechseln.

In mehr als 20 jähriger Praxis habe ich im Fellinschen Kreise welcher bezüglich der Frequenz des Trachoms laut der Oehrn'schen Trachomstatistik in Livland in erster Reihe steht reichlichst Gelegenheit gehabt, die verschiedenen medicamentösen Behandlungsmethoden einer kritisch vergleichenden Prüfung zu unterziehen. Die mittelst des Keining'schen Verfahren's an dem mir zu Gebote stehenden Material gesammelten Erfahrungen decken sich nahezu vollständig mit den in jenen Gutachten wiedergegebenen Anschauungen. Es hängt eben der Erfolg und damit die Indication für die Anwendung dieser Behandlungsmethode wesentlich vom Charakter und von der Intensität der Krankheit ab: während sie beim reinen Follicularcatarrh, sowie im ersten Stadium des Trachoms nicht nur wegen des Fortfalls der stark reizenden Einwirkung auf die Conjunctivalschleimhaut, sondern vor Allem auch wegen der weit kürzeren Zeitdauer des ganzen Heilungsprocesses dem Höllenstein und Kupfer vorzuziehen ist, lässt sie bei den schwereren Formen des zweiten, resp. im Beginn des dritten Stadiums des Trachoms, wo gleichzeitig sulzige Infiltration des Gewebes, Ulceration und necrotischer Zerfall, resp. bindegewebige Verhärtung der Trachomfollikel vorhanden ist, nahezu vollständig im Stich. Und wenn auch bei der Anwendung der Sublimatabreibungen nicht wie bei Lapis und Blaustift eine weitere Förderung der verderbenbringenden narbigen Schrumpfung der Gewebselemente der Augenlider zu befürchten ist, so darf doch andererseits die grosse Gefahr nicht übersehen werden, welcher das Sehvermögen der Patienten bei dem Gebrauch zu concentrirter Lösungen dieses Mittels ausgesetzt ist, da solche erfahrungsgemäss nur zu oft dauernde Trübungen in den Hornhautlamellen und zwar erst recht in den Fällen, in welchen das Cornealgewebe nicht mehr intact ist, herbeiführen. Schon der anhaltende Gebrauch einer Sublimatlösung von 1: 1000 ist für die Hornhaut alsdann nicht unbedenklich, ganz unstatthaft aber—wie mir scheinen will—das Abreiben mittelst in 1°/o (!) Sublimatlösung getränkter Tampons, deren sich in allerjüngster Zeit Dr. J. Philipp[2]) zu Budapest bei Behandlung von Conjunctivalerkrankungen bedient.

Ist es doch überhaupt eine schon a priori keineswegs zurückzuweisende Frage, ob die zweifellos günstige Einwirkung der Keining'schen Behandlungsmethode nicht lediglich auf den Effect der bei derselben angewandten Massage, auf den durch letztere bedingten mechanischen Reiz zurückzuführen ist.

Indirect dürfte für diese Auffassung sprechen, dass Keining selbst dafür plaidirt, in hartnäckigen Fällen die Granula zuvor oberflächlich zu schlitzen, resp. «wenn die auf der Conjunctiva bulbi oder der plica semilunaris sitzenden Knötchen nicht kräftig genug gerieben werden können», dieselben zuerst mit der Ciliarpincette zu zerdrücken, fernerhin von Hippel[3]), welcher an exceptionell grossen Versuchsreihen das Keining'sche Verfahren erprobt und warm empfohlen hat, in jüngster Zeit sich statt der Wattebäusche behufs kräftigerer Abreibung in Sublimat getauchten Bimsteins, J. Ottava[4]) endlich zu gleichem Zweck sich einer von ihm construirten, nach der Fläche gebogenen und gefurchten Spatula bedient.

In positivem Sinne aber dürften der Anschauung, dass nicht dem Einfluss des Sublimats, sondern der mechanischen Reizwirkung des Abreibens die Heilungserfolge zuzuschreiben sind, das Wort reden: die gleichgünstigen Resultate, welche A. V. Borisow[5]) ohne Benutzung von Medicamenten bei ausschliesslicher Anwendung der Massage erzielt hat. Letztere führt Borisow der Art aus, dass er die beiden Augenlider nach deren Eversion aneinanderpresst und mit dem einen das andere fixirend an letzterem kräftig reibende Bewegungen vollführt.

[1]) Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. März 1891 S. 65.

[2]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. 1893. Juni Seite 186 — Wien. med. Wochenschrift № 16.

[3]) Jahresber. über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmol. 1892. S. 240, und Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1893. S. 250 Augustheft.

[4]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. Juliheft 1893. S. 193.

[5]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. Juniheft 1893. S. 187.

Mag man sich aber zur Theorie der Wirkung des Keining'schen Verfahrens stellen, wie man wolle, jedenfalls kann dasselbe nicht als ein medicamentöses, sondern muss als ein combinirtes, ein medicamentös-chirurgisches Verfahren bezeichnet werden, welches nur in ganz leichten Formen sich auf die mechanische Wirkung der Massage beschränken, in schwereren Formen des Trachoms aber anderweitiger operativer Eingriffe nicht entbehren kann, um thatsächliche Heilung zu erzielen. Und als eine unbestreitbare Errungenschaft der Neuzeit darf die allgemein sich bahnbrechende Erkenntniss bezeichnet werden, dass in der Trachomtherapie die ausschliesslich medicamentösen Behandlungsmethoden den chirurgischen Verfahren, bei welchen die Arzeneien nur eine secundäre, eine die Heilung unterstützende Rolle spielen, zu weichen haben

Die grosse Bedeutung des chirurgischen Vorgehens aber liegt in der wesentlichen Abkürzung der Behandlungsdauer. in dem schnellen Schwinden nicht nur der subjectiven, sondern auch der objectiven Beschwerden, in der weit rascheren Besserung vorhandener Hornhautcomplicationen, in dem mehr oder minder sicheren Schutz vor Recidiven und demzufolge auch in der weit grösseren Garantie gegen die Weiterverschleppung, gegen die Massenverbreitung des Trachoms.

Derjenigen Methode des operativen Vorgehens werden wir den Vorzug einzuräumen haben, welche bei einfacher Handhabung für den Arzt und unter relativ geringsten Beschwerden für den Patienten in kürzester Zeit und in radicalster Weise, ohne üble Folgezustände zu hinterlassen, nicht nur eine Berstung der Trachomfollikel, sondern auch eine vollständige Entleerung des Inhalts derselben herbeiführt.

Bevor ich mir die Ehre gebe, das Verfahren, dessen ich mich in meiner Augenanstalt seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, in den letzten 179 Fällen aber ganz ausschliesslich bei Behandlung des Trachoms bediene, Ihrer Beurtheilung resp. Nachprüfung zu unterbreiten, sei es mir gestattet, zunächst die bisher üblichen chirurgisch-mechanischen Behandlungsmethoden an der Hand eigener Erfahrung, sowie gestützt auf die Urtheile der Fachlitteratur auf die diesbezügliche Zweckdienlichkeit zu prüfen.

Nicht nur in leichteren, dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen, für welche die einfache Massage gleichfalls ausreicht, auch in den schwereren froschlaichartigen Formen und selbst in den weiter vorgeschrittenen Stadien des Trachoms erreichen wir mittelst der Quetschmethode relativ günstige Heilungsresultate. Die Thatsache, dass wir bei Anwendung dieses Verfahrens nicht nur radicaler, sondern auch rascher Erfolge erzielen, ist dem Umstande zuzuschreiben, dass wir beim Massiren nur darauf ausgehen können, durch mechanische Reizwirkung die Circulation in den Geweben umstimmend zu beeinflussen und so allmählich durch den local neu angeregten Stoffwechsel die Resorption der krankhaften Producte zu befördern, während wir bei der Quetschmethode dadurch, dass wir die Follikel direct zum Bersten bringen und den Inhalt gewaltsam und plötzlich herauspressen, jenem physiologischen Resorptionsprocess eine weit geringere Aufgabe zumuthen.

Dieses Quetschverfahren wurde, wenn ich nicht irre, zuerst von Stavenhagen in Riga in den 70-er Jahren praktisch ausgeübt, indem er — natürlich unter den erforderlichen antiseptischen Cautelen — die umgestülpten Lider zwischen beiden Daumennägeln presste und quetschte. Wenngleich überaus einfach zu handhaben, fand seine Methode jedoch keine allgemeine Verbreitung, weil sie abgesehen von anderen, späterhin hervorzuhebenden, allen Quetschmethoden gemeinsam zukommenden Uebelständen, in den Uebergangsfalten und an den unteren Augenlidern sich nur sehr unvollkommen, in den Augenwinkeln, speciell der plica semilunaris, bekanntlich gleichfalls einem Lieblingssitz der Trachomkörner, sich überhaupt nicht ausführen lässt, endlich aber selbst auch an der günstigsten Stelle, an der dem Druck besonderen Widerstand leistenden Tarsalfläche des oberen Lides nur die weichen, froschlaichartigen Follikel zum Bersten bringt. Weit radicaler wirken in dieser Richtung die mannigfachen, speciell zum Ausquetschen der trachomatös-afficirten Lidschleimhaut construirten Stahl-Zangen und Pincetten, unter welchen ich besonders die von Jaesche modificirte Himly'sche Zange und die Knapp'sche Rollpincette hervorheben möchte. Mit Hülfe dieser Instrumente lassen sich nicht nur das umgestülpte obere Lid, sondern auch die Conjunctivalschleimhaut des unteren Augenlides gut und die Uebergangsfalten wenigstens leidlich en masse fassen und pressen, allein auch hier bedürfen letztere sowohl, wie speciell die Augenwinkel stets noch besonderer Nachhülfe, sei es mittelst der Scheere, des Messers, der galvanocaustischen Schlinge oder mittelst anderweitiger an ihrem umgebogenen Ende starke Branchen besitzender Pincetten.

Bei einem reichhaltigen Instrumentarium gelingt es den combinirten Quetschmethoden freilich selbst in sehr vorgeschrittenen und mit Hornhautaffectionen complicirten Fällen von Trachom ganz vortreffliche therapeutische Resultate zu erzielen, immerhin aber leidet das Verfahren an einer ganzen Reihe von Uebelständen, welche schwer in's Gewicht fallen:

1. Die gleichzeitig bedingte, übermässige Quetschung auch der gesunden Gewebselemente der Augenlider.

2. Der Uebelstand, dass unter dem starken Druck der Zange der Inhalt der berstenden Follikel nicht nur heraus, sondern in das Con- und Subconjunctivalgewebe auch hineingepresst wird, wodurch die Heilung nicht unwesentlich verzögert wird.

3. Die lange Dauer der Cur! Denn, will man sicheren und radicalen Erfolg einer solchen erwarten, und mit Sicherheit einem Recidiv vorbeugen, so muss man die Gewissheit haben, jedem einzelnen Follikel zu Leibe gegangen zu sein und alle insgesammt, selbst die noch harten und resistenten thatsächlich zerquetscht zu haben: hierzu ist aber eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich, zu welchen sich viele Trachompatienten nur schwer bequemen dürften, denn vor allem macht sich als grösster Uebelstand des Verfahrens geltend

4. die überaus grosse Schmerzhaftigkeit, die selbst durch vorausgeschickte Cocainisirung nur wenig gemildert werden kann und daher bei sensiblen Patienten und bei Kindern erst recht, wenn das Verfahren wiederholt angewandt werden soll, Chloroformnarkose beansprucht.

Alle die erwähnten Uebelstände der Quetschmethoden machen sich bei Anwendung der Knapp'schen Rollpincette in nicht unwesentlich geringerem Grade geltend. Die viel zarter gebauten Branchen dieses subtilen Instrumentes quetschen das gesunde Gewebe weit weniger mit; Dank dem Umstande fernerhin, dass die Rollen der Pincette beim Zuge sich fortlaufend um ihre feststehenden Achsen bewegen, treiben sie den Inhalt der unter dem Druck berstenden Follikel nicht in das Gewebe hinein, sondern vor sich her und endlich sind auch entsprechend der geringeren Kraftentfaltung der rollend dahingleitenden Walzen die Schmerzen lange nicht so intensiv und daher leichter zu ertragen.

Um so erklärlicher ist es, dass die Knapp'sche Rollpincette schon sobald auch in den europäischen Augenkliniken Eingang gewonnen und gegenwärtig allgemein anerkannte Gebrauchsanwendung findet. Leider aber bergen gerade die geschilderten Vorzüge in sich einen Nachtheil von ganz wesentlicher Bedeutung, denn so ausgezeichnet die Wirkung dieses Instrumentes auch bei den weichen, von dünner Hülle bedeckten, grösseren Follikeln, gleiten zufolge der geringeren Kraftentwicklung die Rol-



len doch über die kleineren, wenig erhabenen, prall elastischen und bindegewebig derben Trachomkörner nur zu leicht hinweg. Es ist nun aber eine bekannte Thatsache, dass auf ein und demselben Lidboden die einzelnen Trachomfollikel sich in ungemein verschiedenen Entwickelungsstadien befinden. Es leuchtet daher ein, dass so eclatant, z. B. bei der froschlaichartigen Form des Trachoms, auch der Erfolg auf den ersten Blick hin sich gestaltet, dennoch eine dauernde, eine radicale Heilung nicht erreicht werden kann, da die in der Conjunctiva restirenden, noch bindegewebig derben, kleinen Granula sich unaufhaltsam allmählich weiter fortentwickeln und so den Keim zu dem später zu Tage tretenden Recidiv des scheinbar geheilten Trachoms abgeben.

Eine ganze Reihe anderer theils vor, theils nach den verschiedenen Quetschmethoden in Anwendung gezogener chirurgischer Verfahren geht darauf aus, die Trachomkörner einzeln, sei es mit Hülfe der Galvanocaustik, sei es durch Aufritzen oder Aufstechen mittelst Nadel oder Messer zu eröffnen.

Wenngleich bei anderen Behandlungsmethoden im Einzelfalle als fördernde und unterstützende Eingriffe von entschiedenem Werth, ist bei dieser Art der Behandlung der trachomatös afficirten Conjunctiva nicht ausser Acht zu lassen, dass die aufgeritzten, resp. aufgestochenen noch derb festen Trachomkörner zerklüftete mehr weniger derbe Ränder hinterlassen, welche, wenn es sich nicht nur um ganz isolirte Follikel handelt, der Lidschleimhaut eine rauhe, unregelmässig zerrissene Oberfläche verleihen, die ihrerseits die Hornhaut, erst recht wenn schon acute Keratitis vorliegt, bei jeder Bewegung des Auges reizt. Als fernerer schwer wiegender Mangel ist hervorzuheben, dass lediglich durch das Aufschlitzen der Hüllmembranen der Inhalt der Follikel noch nicht entleert wird.

Andere chirurgische Eingriffe haben wiederum zum Zweck, sei es durch Ausschneiden mittelst der Scheere, sei es durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel die einzelnen Follikel vollständig aus der Bindehaut zu entfernen. So rationell nun auch dieses Verfahren und so vollständig auch hierbei der bei jenem Vorgehen zuletzt hervorgehobene Mangel beseitigt wird, so macht sich doch als Folgeerscheinung hier der dort zuerst gezeigte Uebelstand noch weit mehr fühlbar, da die Conjunctiva alsdann eine erst recht zerklüftete Beschaffenheit aufweist.

Alle diese geschilderten chirurgischen Verfahren insgesammt, wenngleich, im Einzelfalle, wie schon betont, als Unterstützungsmittel in der Trachomtherapie von zweifellosem Werth, können nur in den Fällen wirklichen Heileffect für sich in Anspruch nehmen, wenn es sich um Entwicklung nur weniger Trachomfollikel handelt, da bei einer grösseren Anzahl solcher eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich, ein derartiges Curverfahren aber für den Arzt zu umständlich und mühsam, für den Patienten überdies ohne Narkose zu empfindlich und in der Praxis auf dem Lande überhaupt kaum durchführbar sein würde.

Um daher rascher zum Ziele zu gelangen, sind einige Autoren bei flächenartiger Ausbreitung des Trachoms bestrebt gewesen, jene operativen Eingriffe zu Behandlungsmethoden zu erweitern, indem sie nicht die einzelnen Follikel, sondern strich- oder flächenweise die Conjunctiva als solche jener chirurgischen Manipulation unterwarfen.

So wurde die zuerst von R e i c h[6]) in die Praxis eingeführte G a l v a n o c a u s t i k von M i c h e l[7]) dahin erweitert, dass er, um gleichzeitig ganze Reihen von Trachomkörnern zu zerstören streifen- resp. flächenweise die krankhaft afficirte Conjunctiva ausbrannte. Unter Chloroformnarkose allerdings eine schmerzlose, rasch und radicalwirkende Methode, die aber wie S c h n e l l e r[8]) hervorhebt, auch bei nur oberflächlichem Brennen in Folge der consecutiven Entzündung zu stark reizend wirkt und bei intensivem Eingriff zu Narbenbildung Veranlassung bietet, aus welcher der Hornhaut und mithin auch dem Sehvermögen ernste Gefahren erwachsen.

Der S c a r i f i c a t i o n s m e t h o d e, welche darin besteht, dass nicht die einzelnen Trachomkörner aufgestochen, sondern die ganze Substanz der Lidschleimhaut in langen, zahlreichen Schnitten mit dem Messer durchtrennt wird, kann selbst, wenn auch nach dem Vorschlage A b a d i e's[9]) dem operativen Acte ein Abreiben der Schnittflächen mit in Sublimat (1:500) getauchten Bürsten nachfolgt, nur ein untergeordneter Werth zugeschrieben werden; denn wenngleich als schneidende Operation ein weit milderes und nicht reizendes Verfahren, wird hierbei der Inhalt der Follikel doch nur theilweise entleert, da auch in den durch den Schnitt nicht getroffenen Partieen noch eine Menge Trachomkörner restiren, welche, wenn ein radicaler Erfolg erwartet werden soll, immer von Neuem wieder die Anwendung der Scarificationen nothwendig machen würde.

Die E x c i s i o n s m e t h o d e, von S c h n e l l e r[10]) eingeführt und warm empfohlen, wird derart geübt, dass man mit 3—4 Scheerenschlägen die Uebergangsfalten en masse excidirt. Bei dortiger alleiniger Localisation[11]), sowie in chronischen Fällen des Trachoms, in welchen übermässige Erschlaffung des Gewebes schon zu starker Faltenbildung der Lidschleimhaut geführt hat, als die ganze Behandlung abkürzendes Unterstützungsmittel sehr zu empfehlen, da sie in solchen Fällen thatsächlich ganz vortreffliche Resultate erzielt und keineswegs narbige Schrumpfung des Lides (Entropium) nach den allerjüngsten Erfahrungen selbst dann nicht im Gefolge hat, wenn man gezwungen, auch Theile des Lidknorpels selbst mit fortzuschneiden. Allein auch S c h n e l l e r selbst beschränkt sich nicht nur auf die Excision, sondern entfernt — bei Kindern und ängstlichen Personen Chloroformnarkose in Rückenlage anwendend — auch die an anderen Theilen noch vorhandenen Trachomfollikel mittelst der Scheere oder der Galvanocaustik, welche er auch gegen complicirende Keratitis, etwa vorhandene Hornhautinfiltrate ausbrennend, in Gebrauch zieht.

Es lassen sich also mit der Excisionsmethode nur dann radicale Heilerfolge erzielen, wenn das Trachom, was nur ganz ausnahmsweise vorkommen mag, sich in den Uebergangsfalten localisirt oder wenn sie mit anderweitigen operativen Eingriffen, deren Nachtheile wir schon oben hervorgehoben, (Narkose, Zerklüftung der Conjunctivalschleimhaut etc.) combinirt wird.

Das A u f n a d e l n der einzelnen Follikel nach S a t t l e r, von H e r r n h e i s e r[12]) dadurch vervollkommnet,

---

[6]) Nach v. Schröder: St. Petersb. med. Wochenschrift № 1, 1888: «Медицинское обозрѣнie» (Medicinische Rundschau) № 18, 1887.

[7]) Archiv für Augenheilkunde 16.

[8]) Graefe's Arch. XXXIII 3. pag. 113.

[9]) Jahresber. über die Fortschr. und Leistungen im Gebiete der Ophthalm. 1892. Seite 243. Bullet. méd. Paris V. p. 803.

[10]) Loco citat.

[11]) A n m e r k u n g d e s V e r f.: Mit der so überaus häufig ausgesprochenen Anschauung, dass die Uebergangsfalten der Hauptsitz des Trachoms, kann ich meinen Erfahrungen gemäss keineswegs übereinstimmen, da entsprechend derselben selbst bei sehr vorgeschrittenen Stadien der Krankheit jene hin und wieder sogar ganz frei von Follikeln gefunden werden oder aber nur vereinzelt stehende Körner enthalten, während die Carunkel und insbesondere die dicht am äusseren Lidrande befindliche Furche (hier in perlschnurartiger Anordnung) nahezu ausnahmslos Sitz von Trachomkörnern sind. Mit Recht wird daher auch das Vorhandensein von Follikeln auf der Carunkel als eines der differentialdiagnostischen Merkmale behufs Unterscheidung zwischen Trachom und Folliculararcatarrh aufgeführt, da bei letzterem jene nicht zur Beobachtung kommen.

[12]) Jahresber. über die Leist. und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie 1892. Seite 242. Prag. med. Wochenschrift № 4.

dass er dem jedesmaligen Acte des Aufnadelns ein Auslöffeln des Follikelinhalts mittelst einer von ihm construirten zwei Doppelbranchen besitzenden Schieberpincette nachfolgen lässt, habe ich zwar selbst nicht praktisch geprüft, dürfte aber als Methode wohl auch sonst nicht auf weite Verbreitung rechnen dürfen, da sie bei etwas stärker entwickeltem Trachom ganz abgesehen von der Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, sowie abgesehen von dem Umstande, dass hierbei die kleineren, mehr in der Tiefe sitzenden Trachomkörner doch leicht übergangen werden dürften, unverhältnissmässig viel Zeit, Mühe und Geduld von Seiten des Patienten sowohl, wie von der des Arztes in Anspruch nimmt und überdies noch eine zerklüftete Oberfläche der Conjunctiva zurücklässt.

Weit rascher, sicherer und vollkommener gelangen wir mit der von v. Schröder[13]) eingeführten und auch bei uns in Livland in den letzten Jahren häufig geübten Ausbürstung der trachomatösen Lidschleimhaut mittelst eines von ihm construirten, an seinen Enden mit zahlreichen versilberten und vernickelten Kupferdrahtnadeln versehenen Pinsels.

Es gelingt in der That mit Hülfe dieses Pinsels in nur sehr kurzer Zeit die ganze Conjunctiva nicht nur von den Trachomfollikeln, sondern auch von den übrigen bei vorgeschrittenem Krankheitsprocesse in dem Gewebe befindlichen krankhaften Producten (theils fettig degenerirte, theils nekrotisch zerfallene Follikelüberreste) zu befreien und es bedarf bei entsprechender medicamentöser Nachbehandlung wenigstens nicht allzuhäufig einer Wiederholung dieses operativen Actes, resp. anderweitiger instrumenteller Nachhülfe, ja selbst Recidive stellen sich wenigstens nicht allzuhäufig ein. Nach vielen Richtungen ist mithin durch die Schröder'sche Methode das Wesen der Aufgabe der Trachombehandlung gelöst, dennoch haften aber auch diesem Verfahren nur schwierig zu vermeidende Mängel und nicht zu überwindende Uebelstände an: allem zuvor ist bei demselben Asepsis nur schwer durchzuführen, da der zwischen den zahlreichen einzelnen Nadeln des Pinsels selbst schon nach einmaligem Gebrauch haften bleibende Follikelinhalt, sowie Reste drin sitzengebliebener zerfallener Gewebsfetzen, jedesmalige, durch Kochen allein nicht zu erreichende subtile Reinigung des Instrumentes erforderlich macht, fernerhin die überaus grosse Schmerzhaftigkeit, welche durch Cocainisirung (selbst bei 5 pCt. Lösung) nicht überwunden wird, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen oft noch mitten in der Operation Chloroformnarkose beansprucht, endlich aber die Conjunctivalschleimhaut nach der Abbürstung einen so unregelmässig zerklüfteten und zerfetzten Boden abgiebt, dass die Hornhaut einer übermässigen Reizung ausgesetzt wird. Schon mit unbewaffnetem Auge «sieht die Conjunctiva», um mich der eigenen Worte des Autors zu bedienen, «gleich nach der Operation an den gebürsteten Stellen rauh aus und es folgt rasch leichte ödematöse Schwellung, die weitere reactive Entzündung derselben ist nicht bedeutend hält aber mehrere Tage und länger an, je nach der Stärke und Ausdehnung des operativen Eingriffs». Im weiter vorgeschrittenen zweiten Stadium, wo die Conjunctiva sehr stark geschwollen und sulzig infiltrirt, und die Follikel theils schon bindegewebig geschrumpft, resp. noch in Fettdegeneration begriffen oder schon zerfallen sind, ist zum Herausbürsten derselben die Anwendung weit stärkeren Drucks erforderlich und lässt es sich bei den tiefer im sulzigen Gewebe gelegenen Follikeln alsdann gar nicht vermeiden, auch das gesunde Gewebe der Bindehaut — selbst ohne «grosse Ungeschicklichkeit» — mit loszureissen, erst recht tritt aber dann nach der Operation die Zerklüftung hervor, wenn man die meist in der Tiefe befindlichen nekrotisch zerfallenen Follikel, «die man» wie Jaesche[14]) sich ausdrückt, «in solcher Grösse nicht erwartet hätte», mit entleeren will und dieses nekrotische Gewebe wird durch die allerdings sonst auch auf den Pannus crassus günstig wirkende reactive Entzündung allein nicht resorbirt. Welch schwere Folgen solch eine Zerklüftung des Conjunctivalgewebes nach sich zieht, sehen wir bei allen mit acuter Keratitis complicirten Fällen von Trachom, in welchen selbst Schröder die Operation mit dem Metallpinsel vermieden wissen will. Und so könnte von einer Indication dieser Ausbürstungsmethode meinen Erfahrungen nach höchstens in den Anfangsstadien des Trachoms die Rede sein, denn wenn Trousseau[15]) neuerdings die Ansicht ausspricht, «dass das Auskratzen mit dem Löffel unterdrückt werden solle, da dasselbe von den verschiedenen Eingriffen als das gefährlichste für die Schleimhaut erscheine», so gilt dieser Ausspruch für das Ausbürsten mit dem Metallpinsel meines Erachtens in noch weit höherem Maasse.

Zum Schluss sei es mir gestattet der Versammlung das operative Verfahren vorzuführen, dessen ich mich seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, späterhin in 179[16]) und zwar sowohl in ganz leichten, dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen, wie in den vorgeschrittenen, mit Keratitiden aller Art complicirten Stadien des Trachoms ganz ausschliesslich bedient habe. Als Princip des Verfahrens hat mir die Ausschabung bei Endometritis vorgeschwebt und liess ich mir nach dem Muster der Reclamier'schen Curette für den Uterus, kleine rasirmesserscharfgeschliffene «Trachomcuretten»[17]) verschiedener Grösse anfertigen.

Nach vorausgeschickter Sterilisirung der zur Operation erforderlichen Instrumente und Wattebäusche, sowie nach peinlicher Reinigung des Auges und seiner Umgebung wird die Lidschleimhaut durch Cocain (mehrmaliges Einträufeln einer 5 procentigen Lösung) anästhesirt, alsdann zunächst die Carunkel und bei stark angezogenem unteren Lide zuerst die Uebergangsfalte, alsdann von hinten nach vorne weiter vorschreitend die ganze Conjunctiva mit besonderer Berücksichtigung der am äusseren Lidrande befindlichen Furche, in welcher nahezu durchweg perlschnurartig eine Reihe kleiner Granula ihren Sitz hat, ausgereinigt, indem man die Curette unter je, dem einzelnen Falle angepassten, schwächeren oder stärkeren Druck über die Schleimhaut hinwegführt. Mit einem in abgekühlte Sublimatlösung (1:2000) getauchten Wattebausch wird die Conjunctiva sorgfältig abgerieben, alsdann das obere Lid umgestülpt, dann entweder nach Abadie's Vorgange in der Mitte mit einer, oder aber weit besser noch unter Beihülfe eines Assistenten zu beiden Seiten des freien Knorpelrandes mit 2 anatomischen Pincetten gefasst und nochmals umgeklappt. Dank dieser Manipulation liegt nun die sonst bei nur einmaliger Umstülpung den Bulbus bedeckende untere Hälfte des oberen Lides insgesammt mit der Uebergangsfalte als glatt und stramm angezogenes Operationsfeld vor Augen. Mit einigen über die ganze Länge der Lidschleimhaut sich erstreckenden Zügen wird nun in gleicher Reihenfolge, wie beim unteren Lide, erst die Uebergangsfalte, dann bis zum Knorpelrande die untere Hälfte, dann nach Entfernung der beiden Pincetten dieser Rand selbst und

[13]) Dr. Th. von Schröder: «Eine neue Methode der chirurgischen Behandlung des chronischen folliculären Trachoms». St. Petersb. med. Wochenschrift, № 1, 1888.

[14]) Jaesche: «Wie sollen wir denn das Trachom behandeln» Archiv für Augenheilkunde XXIV 1891 S. 51.

[15]) Trousseau: Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. August 1893 Seite 249.

[16]) Anmerk. d. Verfassers:
Seit dem Sept. 1893 bis heute, den 26 Februar 1894 habe ich weitere 125 Trachomfälle in gleicher Weise behandelt.

[17]) Diese «Trachomcuretten» sind zu beziehen: in Moskau bei Schwabe, in Dorpat bei Grempler.



die Tarsalfläche des oberen Lides derselben operativen Behandlung unterworfen: hierdurch nicht nur die mehr hervorragenden Follikel vollständig wegrasirt, sondern auch die Hüllmembranen der tieferliegenden eröffnet und unter dem dreist anzuwendenden Druck werden nicht nur der Inhalt der selbst tiefliegenden Trachomkörner, sondern auch die übrigen in dem Conjunctivalgewebe befindlichen fettig degenerirten, resp. nekrotisch zerfallenen Gewebselemente als schleimig—breiige Masse ausgedrückt und entfernt. Auch hier wiederum Abreibung mit dem Sublimatwattebausch. Um ganz sicher zu gehen, dass die krankhaften Producte alle entfernt werden walze ich alsdann noch mit der Knapp'schen Rollpincette die Carunkel, die Conjunctiva des unteren und oberen Lides aus, abermalige Abdrückung mit Wattebausch und nahezu gar nicht mehr blutend liegt die Bindehaut, und zwar bei vorgeschrittenen Trachomfällen um das ein — oder zweifache verdünnt zunächst als hochrothe ganz glatte Fläche vor uns. Unmittelbar nach der Operation halbstündiges Kühlen mit Sublimatläppchen, Nachbehandlung in den ersten 3—5 Tagen, solange sich noch etwas weissliches serösschleimiges Exsudat auf der Oberfläche der Schleimhaut ausscheidet, das sich sonst mit der Höllensteinlösung zu Silberalbuminat verbackt, zunächst Keining'sches Verfahren, alsdann Beizen mit 5% Lapislösung. Dauer der Cur 8 Tage bis 3 Wochen je nach der Intensität der vorhandenen Complicationen.

Als Uebelstände dieser Ausschabungsmethode sind hervorzuheben:

1) die relativ starke Blutung der Conjunctiva, welche um ein freies Operationsfeld zu haben, wiederholtes Abtupfen während des Operirens nöthig macht.

2) die Anforderung häufigen Schleifens der Curette, da es auf rasirmesserartige Schärfe derselben besonders ankommt: durchschnittlich kann man ungefähr 5—7 Trachompatienten, also 10—14 Augen der Operation unterwerfen, ohne ein erneutes Schleifen des Instrumentes vorzunehmen.

Vorzüge des Verfahrens sind

Einfachheit des Instrumentariums: eine grössere und eine kleinere Trachomcurette (letztere speciell für die Carunkel); fernerhin 2 anatomische und eine Knapp'sche Rollpincette.

Einfache Handhabung für den Arzt; Durchführbarkeit ambulatorischer Behandlung, bei welcher man eventuell sogar ganz ohne Assistenz auskommen kann. Kurze Zeitdauer der Operation, die bei etwas Uebung an einem Auge nur 4—5 Minuten in Anspruch nimmt.

Die nahezu vollständige Schmerzlosigkeit nach Cocain-Anästhesirung mittelst 5 procentiger Lösung—die Patienten klagen nur bei der Ausquetschung mittelst der Rollpincette.

Das schnelle Schwinden der durch das Trachom hervorgerufenen subjectiven und die rasche Besserung, wenn nicht vollständige Beseitigung der objectiven Beschwerden. Selbst bei complicirendem Pannus crassus—natürlich nur für die Fälle, in denen nicht schon narbige—bindegewebige Schrumpfung des Cornealgewebes vorhanden—hebt sich die Sehschärfe schon nach wenigen Tagen, um in einigen Fällen zum Schluss der Cur das 4, 5 ja selbst 10 fache zu erreichen. Wo die Hornhaut mit betheiligt ist an dem Krankheitsprocess, erscheint mir die jedes Mal vor der Behandlung vorzunehmende Bestimmung der Sehschärfe von Seiten des Arztes, wenn auch nur mittelst Feststellung der Entfernung des Erblickens der Hand, oder des Zählens der Finger, überaus wünschenswerth: der an den Fingern abzuzählende Effect der Cur hebt die Schaffensfreudigkeit des Arztes und erweckt bei etwa ungeduldigen Patienten das Gefühl des Dankes.

Der radicale Erfolg des Verfahrens: Recidive habe ich im Verlaufe von mehr als 1½ Jahren[18]) nur ausnahmsweise[19]) narbige Schrumpfung des Lides, resp. Entropium aber niemals beobachtet: ein gewisser Grad chronischer Hyperämie der Bindehaut bleibt bei den vorgeschrittenen Stadien des Trachoms, wie nach den übrigen, so auch natürlich nach dieser Behandlungsmethode nicht selten zurück.—

Da nun das von mir eingeschlagene Verfahren in keinem einzigen Falle des Trachoms contraindicirt erscheint —ich habe dasselbe in den leichtesten Formen, wo sich nur in der vorderen Lidrandfurche eine Reihe ganz kleiner Granula vorfindet, wie in den schwersten mit acuten Keratitiden complicirten Fällen, welche letztere sich schon nach wenigen Tagen, eventuell unter Beihülfe von Atropin, ganz wesentlich bessern, mit gleich gutem Effect angewandt —, so glaube ich diese Ausschabungsmethode den Herren Collegen auf's Wärmste zur Nachprüfung empfehlen zu können.

Den etwaigen Vorwurf pro domo gesprochen zu haben, nehme ich gerne auf mich, da solches Jedermanns Pflicht der von der Ueberzeugung durchdrungen, dass er sich auf dem richtigen Wege befindet. Erst recht aber thue ich solches bei Behandlung der wichtigen Frage: «Wie sollen wir denn das Trachom behandeln», in welcher trotz der kaum mehr übersehbaren Litteratur immer noch keine Einigung erzielt!

Referate.

Prof. C. Garrè-Tübingen: Die Aethernarkose. (Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. XI. Heft 1, Pag. 1).

Verf. berichtet über die seit 3 Jahren an der Bruns'schen Klinik zu Tübingen ausgeführten Aethernarkosen (1200 Narkosen), empfiehlt dieselbe zur Nachahmung und sucht die ihr gemachten Vorwürfe an der Hand vielfacher und genauer Beobachtungen zu widerlegen. Die Aethernarkose bringt die Muskeln nicht immer zu völliger Erschlaffung, namentlich Potatore brauchen enorm grosse Massen Aether, statt 40—60 Ccm. in der ersten Viertelstunde 100 Ccm. und mehr. Häufig tritt im Anfangsstadium ein heftiges Muskelzittern ein, die sog. Aetherkrämpfe, die jedoch, sobald die Narkose eine vollständige geworden ist, fast immer aufhören. Der anfangs oft starke Hustenreiz legt sich binnen kurzer Zeit, hat niemals Veranlassung gegeben die Narkose zu unterbrechen. Das stertoröse Athmen der Patienten ist ohne schlimme Bedeutung, desgleichen die bald auftretende Cyanose des Gesichtes. Das Erbrechen kommt beim Aether nicht häufiger vor als beim Chloroform; in ungefähr 25 pCt. der Fälle während und in 40 pCt. nach der Narkose.

Die Gefahr einer Nephritis nach Aetheranwendung besteht nicht zu Recht, transitorische Albuminurie lässt sich allerdings nachweisen, doch schwindet sie rascher als beim Chloroform. Die Feuergefährlichkeit der Aetherdämpfe hat insofern keine grosse Bedeutung, als bei vorsichtigem Handhaben des Thermokauters, namentlich bei Operationen am Halse und im Gesicht, bei vorheriger Entfernung der Maske, die Explosionsgefahr schwindet. Die schweren Aetherdämpfe senken sich zu Boden, so dass die Möglichkeit einer Entzündung nur dann gegeben ist, wenn eine offene Flamme von unten her der Aethermaske genähert wird. Auf diese Weise erfolgt eine Explosion schon in 50 bis 80 Cm. Entfernung, während von oben und von der Seite her noch bis 3—5 Cm. Distanz keine Entzündung des Aethers erfolgt. Ausserdem kann man diese Gefahr noch dadurch einschränken, dass man das Operationszimmer gut ventilirt und die Aethermaske mit einem feuchten Tuch umwickelt. Was das Alter der Patienten anlangt, so besteht darin für die Anwendung des Aethers kein Unterschied. Kinder, Erwachsene und Greise vertragen den Aether ganz gut, sobald sie nicht an acuten oder chronischen Verän-

[18]) Heute: nach Ablauf von mehr als 2 Jahren. d. Verf.

[19]) Häufig handelt es sich bei solchen scheinbaren Recidiven nur um Infection von Seiten Anderer, beispielweise der Familienangehörigen, die mit Trachom behaftet sich aus irgend welchem Grunde nicht einer ärztlichen Behandlung unterworfen oder aber es handelt sich um Autoinfection, wo z. B. das andere im Zustande von Phthisis befindliche Auge (bei Trachompatienten auf dem Lande leider keine seltene Erscheinung) nicht der gleichen, peinlichen Behandlung an Trachom unterworfen. Eine Unterlassungssünde, deren ich mich in früheren Jahren leider auch schuldig gemacht. d. Verf.



derungen der Luftwege leiden, sodass als strikte Contraindication für die Aethernarkose nur die Erkrankung der Luftwege (Bronchitis, pneumonische Erscheinungen, Emphysem, Lungeninfiltrate) und die Compression der Trachea angesehen werden darf.

Von den Aetherisirungsmethoden ist die von Julliard empfohlene die beste. Es kommt darauf an den Aether möglichst concentrirt, in grossen Dosen und continuirlich zu appliciren. Die Julliard'sche Maske deckt das ganze Gesicht. Man giesst nun zuerst 10 bis 20 Ccm. Aether auf die Maske, lässt sie einige Minuten ruhig liegen, um den Patient an die Aetherluft zu gewöhnen, dann träufelt man ca. 30 Ccm. frischen Aether's auf, drückt die Maske fest auf's Gesicht und umwickelt ihren Rand mit einem feuchten Tuch. In kurzer Zeit, durchschnittlich in 4 Min. ist der Kranke anaesthetisch und genügt ungefähr eine Menge von 80 Ccm. Aether zu einer ½ stündigen Narkose.

Die Fortführung der Narkose ist sehr einfach und kann jedem Laien anvertraut werden; man hat nur auf die Athmung zu achten und von Zeit zu Zeit, wenn der Patient leicht zu reagiren beginnt, ein neues Quantum Aether auf die Maske zu schütten. Das Erwachen aus der Aethernarkose erfolgt sehr rasch, schon 4 bis 5 Minuten nach Entfernung der Maske. Die Patienten sind meist animirt und zeigen nicht jenes Unbehagen wie beim Chloroform, das unter Umständen ganz ausbleibt. Tritt der «Katzenjammer» dennoch ein, so sind die Erscheinungen desselben sehr geringfügig und sehr leicht vorübergehend. Das Einzige worüber die Patienten immer klagen, ist der mehrstündig anhaltende üble Geschmack und Geruch.

Verf. glaubt nun, gestützt auf seine Erfahrungen, bekennen zu müssen, dass der Aether ein ebenso leistungsfähiges Narkoticum ist wie das Chloroform, zudem viel ungefährlicher, als eben beim Aether eine primäre Synkope des Herzens nicht vorkommt, vielmehr dieser reine primär toxischen Wirkungen, wenn sie eintreten, zuerst auf's Respirationscentrum wirken lässt.

Die Aethernarkose ist der Nachahmung werth, hat für den praktischen Arzt in ihrer Anwendung viel weniger Gefahren in sich als das Chloroform, bei dessen Application immer mehr geschulte Assistenz nothwendig ist.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Professoren der Chirurgie unserer Zeit an den Universitäten von Oesterreich-Ungarn, Deutschland, Schweiz, Belgien, Holland, Dänemark. Gesammelt und herausgegeben von Dr. Heinrich Rieger. Nach den Original-Photographien in Lichtdruck ausgeführt von Max Jaffé. Wien, Max Jaffé, Kunst-Verlagsanstalt.

Das schön ausgestattete Werk ist für das 25-jährige Professoren-Jubiläum des verewigten Billroth erschienen, dessen Bild den Mittelpunkt des ersten Blattes einnimmt. Im Ganzen enthält das in Folioformat in schönem Einband herausgegebene Werk auf 8 Blättern 88 Lichtdruckbilder, die mehr oder weniger gelungen sind. Zur Anschaffung ist es Allen zu empfehlen, die die Repräsentanten der modernen deutschen Chirurgie nicht nur aus ihren Werken, sondern auch in effigie kennen lernen wollen. Besonders werden die Bilder alle Diejenigen interessiren, die persönliche Beziehungen zu unsern chirurgischen Lehrmeistern unterhalten. Interessant ist die Sammlung auch vom künstlerischen Standpunkt; findet sich doch unter der grossen Zahl der bekannten Gelehrten eine ganze Reihe von Charakterköpfen, werth der Nachwelt aufbewahrt zu werden. — Die dänischen Chirurgen figuriren nur auf dem Titelblatt.

W.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 17. November 1893.

1. Dr. Bergmann stellt einen 19jährigen Fabrikarbeiter vor, an welchem er im März d. J. eine Anastomose zwischen einer Dünndarmschlinge und dem Colon ascendens gebildet hat. Die Krankengeschichte ist folgende: 19 jähriger Fabrikarbeiter, erkrankte plötzlich an Peritonitis und wird vom 1—23 Feb. a. c. in der inneren Abtheilung des Krankenhauses behandelt. Ueberführung in die chir. Abtheilung wegen Parotisabscess, der gleich gespalten wird. Dennoch kein völliger Abfall der T. Schmerzen in der Ileocöcalgegend, wo eine nicht deutlich abzugrenzende Resistenz. Diagnose: Abscess, wahrscheinlich in der Radix mesenterii. 9. März Operation, sehr schwierig, nach Lösung mehrfacher Adhäsionen gelingt es in der Tiefe den Abscess zu finden und zu entleeren—einige Esslöffel Eiter. Temperaturabfall, jedoch bilden sich im weiteren Verlauf Kothfisteln an mehreren Stellen, wo stärkere Adhäsionen gelöst worden waren. Da eine spontane Heilung dieser Fisteln sich nicht anbahnt, im Gegentheil immer reichlicher Koth ausfliesst 25 März Operation. — Die Absicht die Schlinge zu reseciren, an welcher die Fisteln sitzen, muss aufgegeben werden, weil nach ausgiebiger Freilegung des ganzen Terrains sich erweist, dass in grosser Ausdehnung feste Verlöthungen zwischen Dünndarm Coecum und parietalem Peritoneum bestehen, daher Aufsuchen einer freien Dünndarmschlinge und Anastamosenbildung zwischen derselben und dem Colon ascendens. Prompter Erfolg. Am 6 Tage reichlicher normaler Stuhl, allein nur langsames Versiegen der Kothfisteln, durch welche lange Zeit noch etwas Koth durchtrat, endlich blieb nur noch eine Fistel nach, die 2 mal operativ geschlossen werden sollte, doch vergeblich. Dieselbe ist denn jetzt endlich (17 Nov.) so weit, dass sie in 24 Stunden einige Tropfen kothig gefärbten Darmschleim absondert, so dass völlige Heilung zu erwarten steht. Es ist das ein Beweis, dass die Circulation in der ausgeschalteten Schlinge nicht völlig aufhört. Der Kranke ist ein frischer völlig leistungsfähiger Mann geworden, der nicht die geringsten Beschwerden bei der Verdauung hat. Vortr. referirt noch über 2 weitere Fälle von Anastomosenbildung, welche er in dem letzten halben Jahr ausgeführt: L. 60 jähriger Clavierlehrer mit inoperablem Carcinom der Ileocöcalgegend. Anastomose zwischen Ileumschlinge und Colon ascendens: Function derselben gut. Pat. hat sich so weit erholt, dass er wieder seine Stunden aufgenommen hat, wobei er grössere Strecken zu Fuss zurüklegt.

Z. 55 jähriger Gesindewirth. Inoperables Pyloruscarcinom. Sehr quälendes Erbrechen. Stark reducirter Kräftezustand. Gastroenteroanastomose nach Wölfler. Vom 5 Tage ab geniesst Pat. fein gehacktes Fleisch, wird am 19 Tage p. operationem entlassen, nachdem von der Operation an kein einziges mal mehr Erbrechen aufgetreten. (Autorreferat).

Dr. Berg fragt Vortragenden, warum er nicht lieber die ausgeschalteten Darmtheile mit einander vernäht hat, um weitere Circulation in diesem Abschnitt zu verhindern.

Dr. Bergmann hat dieses nicht gethan, weil die Ausführung dieses Actes, der ausgedehnten Adhäsionen wegen sehr schwierig und zeitraubend gewesen wäre, ein Umstand, der für den geschwächten Pat. verhängnissvoll hätte werden können. Anderseits stützte er sich auf die Angaben der Autoren, dass bei der von ihm gewählten Methode die Circulation von Koth ebenfalls ausgeschlossen sei, was sich ja durch den Verlauf zum grossen Theil bewahrheitet hat.

2. Dr. Paul Klemm demonstrirt ein Präparat einer Stichverletzung der Carotis communis, und referirt über einen gleichen von ihm kürzlich beobachteten Fall; dabei betont er die schlimme Prognose dieser Verletzungen auch wenn sie lege artis unterbunden worden sind, bedingt durch mangelhafte Ernährung des Gehirns durch Blut. Durch wandständige Ligatur resp. Naht der Arterienwunde könnte diesem Uebelstande vielleicht vorgebeugt werden.

Dr. Bergmann hält die von Klemm erwähnte wandständige Ligatur bei den Arterien für unausführbar, wohl aber vielleicht die Nath, wofür in dieser Richtung unternommene Versuche an Thieren sprechen; an Menschen ist in dieser Weise nicht vorgegangen worden.

3. Dr. Treymann berichtet über eine von ihm im Krankenhause ausgeführte Symphyseotomie.

Elisabeth, S. 28 J. alt, vor 3 Jahren mit dem Forceps entbunden (das Kind angeblich 2 Stunden nach der Geburt gestorben), wurde am 16 Nov. a. c. um 4 Uhr Morgens aufgenommen, nachdem die Blase 4 Stunden vorher gesprungen, und häufige Untersuchungen per vaginam zu Hause erfolgt waren. Tp. 37, 5. Kopfgeschwulst so stark, dass nur die Untersuchung mit ganzer Hand in Narkose die II. Schädellage constatiren kann. Gute Wehen. Os uteri weit. Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle rechts, etwas tiefer als die grosse. Eigentlich ist nur die Kopfgeschwulst ins kleine Becken getreten. In der Narkose wird der Kopf beweglich und lässt sich in die Höhe heben. Herztöne laut und kräftig. Conjugata diagonalis 9 Cent., Conjug. vera=8 Cent. Diagnose: Plattes allgemein verengtes Becken. Schonender Zangenversuch (Breus'sche Zange) vergeblich. Da die Wendung, die bei $8\frac{1}{2}$—$9\frac{1}{2}$ Conjug. vera angängig, bedenklich erscheint, zumal sich nach der Untersuchung eine Andeutung des Bandl'schen Contractionsringes geltend macht, da die Perforation und Cranioclasie, die hier ein lebendes Kind beträfe wegen der Beweglichkeit des Kopfes und der Enge des Beckens nicht rathsam erscheint, da der Kaiserschnitt wegen des frühzeitig erfolgten Blasensprungs und der häufigen vaginalen Untersuchung wahrscheinlich ein schlechtes Resultat für die Mutter ergeben würde — so wird die Symphyseotomie um ½9 Uhr gemacht. (Assistenz Dr. P. Klemm und Dr. v. Mühlen). Schnitt 6 Cent. lang bis in die kleine rechte Schamlippe reichend. Ablösung der Urethra und Durchtrennung der Symphyse mit gradem geknöpftem Bistouri, leicht. Starke Blutung aus dem Schwellkörper, durch Jodoformgaze-Tamponade gestillt. Keine Knochennaht. Der Kopf tritt spontan nicht tiefer. Die Geburt



wird bei starken Wehen bis 1 Uhr sich selbst überlassen. Herztöne 150, kein Fortgang der Geburt. Anlegung der Breusschen Zange, über Gesicht und Hinterhaupt. Die Symphyse klafft auf 6½ Cent. Sehr leichte Entwicklung eines asphyktischen, rasch wiederbelebten Kindes, welches nach einer Viertelstunde, nachdem die Athmung vollständig in Gang gekommen, plötzlich wie es scheint an Glottiskrampf stirbt. Befinden der Mutter 24 Stunden nach der Geburt gut, obwohl die Temp. 38,5 beträgt. Uterus gut contrahirt. Harn wiederholt spontan gelassen. (Autorreferat).

Dr. v. Knorre fragt Vortragenden, ob er nicht vor Anlegung der Zange, da der Kopf noch über der Symphyse ballotirte, den Versuch gemacht hat, denselben durch Druck von aussen durchzupressen: ihm habe dieses Verfahren in einzelnen Fällen gute Dienste geleistet. Ferner ist ihm die frühzeitig auftretende Blutung im Bericht auffallend. Dieselbe trete gewöhnlich erst nach Durchtrennung der Symphyse, nach Verletzung des Corpus cavernosum clitoridis ein. Es müsse daher schon eine Verletzung dieses Theiles im Beginn der Operation erfolgt sein.

Dr. Treymann giebt Letzteres zu, verneint jedoch die erste Frage, glaubt aber nicht, dass er in diesem Falle durch die von Dr. v. Knorre erwähnte Methode zum Ziele gelangt wäre.

Dr. Radecki fragt Vortragenden, ob sich nach Ausführung der Zangenextraction nicht grössere Verletzungen an der vorderen Vaginalwand und der Harnröhre haben constatiren lassen, wie sie vielfach in der Literatur hervorgehoben worden sind.

Dr. Treymann verneint die Frage und erwähnt auf eine diesbezügliche Frage Dr. Hachs, dass die Symphyse während der Zangenextraction auf 6½ Cent. geklafft habe.

4. Dr. Hach referirt über eine Complication im Wochenbett. Fr. v. X. 21 a. n. 1 para. Normale Geburt am 1. Oct. 1891; kleiner Dammriss wird mit 3 Seidensuturen geschlossen, normales Wochenbett, am 10 Tage Schüttelfrost, Parametritis dextra, die am 25. Februar 1892 in die Blase durchbricht; 8 Tage später Durchbruch in den Mastdarm. Das Fieber fällt nicht. Per vaginam parametritischer Abscess geöffnet; Eiter übelriechend. Kein vollkommener Fieberabfall. Transport nach Riga zum Referenten. Patientin trotz bester Pflege maasslos abgemagert, 71 Pfund schwer. Absolute Appetitlosigkeit, Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, Durchfälle; Pat. lässt alles unter sich, Decubitus. Incontinentia urinae, Delirien, aphasische Symptome. Schüttelfröste, nächtlicher Schweiss, Pat. ist Morphiophagin. Im linken Hypogastrium ein 2-faust grosser rundlicher Tumor, mit dem Becken und dem leicht nach rechts gedrängten normal grossen Uterus verbacken. Der von der Vagina zum linken Parametrium gehende Fistelgang wird mit dem Finger dilatirt. Schnitt über dem Lig. Poup. Umgehung des Peritoneums, Parametrium frei; von hier Fistelgang in die Bauchhöhle. Laparotomie. Dermoidcyste mit Haaren und 1 Zahn, stark verwachsen, in Exsudat gebettet, communicirt durch den Fistelgang mit der Vagina. Ausschälung. Bauchwunde offengelassen. Jodoformgazedrainage zur Vagina und zum Schnitt über dem lig. Poup. Starke Eiterung, täglicher Verbandwechsel; bis 25. Juni Jodoformgazetamponade, darauf Drainage. 3 Tage nach Operation Temperatur über 40, dann Abfall, doch Abends noch 38 fast constant bis zum 20. Juni, dann bis zum 7. Juli nicht über 37,8, dann normal. Bis auf die Fistelöffnung Bauchwunde geschlossen. Pat. verlässt die Anstalt, geht auf's Land, dort Massage des ganzen Körpers, Bäder, kräftigende Diät. Die Fistel schliesst sich, bricht ein Mal in den Darm durch. 12. Dec. erste Menses; April 1893 Pat. nicht wieder zu erkennen. 143 Pfund schwer, blühend. In den Fistelgang wird Jodoformglycerin injicirt, bis heute 27. Nov. noch fest.

Referent betont die Seltenheit des Falles, kennt nur einen in der Litteratur und macht darauf aufmerksam, dass nicht selten eine vereiternde Cyste oder Tube hinter einem Exsudat im Wochenbett sich verbergen mag. Er erinnert an Degeneration von Fibromen und Ovarialcysten in und ausserhalb des Wochenbettes, welche Olshausen als durch Mikroorganismen des Darmes verursacht annehmen zu können geglaubt hat. Er erinnert ferner an schwere Peritonitiden nach Ruptur von Pyosalpingiden und unreinem, kurz vor der Geburt vollzogenem Coitus, ferner an Vereiterungen obengenannter Neubildungen nach Typhus. Der Nachweis von Typhusbacillen sei neuerdings factisch von Fischer in Kiel an dem Inhalt einer von Werth operirten Ovarialcyste geliefert (Pat. hatte 7 Monate früher einen complicationslosen Typhus durchgemacht, Fasching hat auch in einem andern Fall Typhusbacillen nachgewiesen.) Corticale und periostale Processe, Abcesse im Hoden und Mesenterialdrüsen etc. seien den Chirurgen post Typh. mit Typhusbacillennachweis schon lange bekannt. Gebhardt habe den Bacill. Coli com. in 7 Fällen regelmässig theils als Reincultur, theils mit Streptococcen bei Tympania ut. gefunden. Neuerdings sei das Bact. Coli im Harn bei Blasencatarrh nachgewiesen. Referent erinnert an die Perforationsperitonitis (Bacter. Coli c.) und möchte falls sich die Beobachtungen in Betreff der Cystitis bestätigen, — da bei Parturientes nicht selten Schleimhautrisse im Darm vorkommen, entgegen Gebhardt der eine Wanderung des Bact. Coli über den Damm sich denkt, die Möglichkeit einer directen Wanderung durch die Fissuren der Mastdarmschleimhaut annehmen. Fragt man nun in unserem Fall, was das Primäre, ob Infection von aussen oder Vereiterung der Dermoidcyste aus nicht nachweisbarer Ursache (Bact. Coli?), so müsse Ref. die Antwort schuldig bleiben, glaube aber — falls sich die oben angeführten Untersuchungen bestätigen, die Möglichkeit einer primären Erkrankung einer Cyste durch im Körper vorhandene Bakterien in diesem und ähnlichen Wochenbettsfällen nicht von der Hand weisen zu können.

Dr. Radecki möchte davor warnen, so interessant die theoretischen Ausführungen Dr. Hachs auch sind und gewiss in einzelnen Fällen zur Erklärung einer Autoinfection dienen könnten, im Allgemeinen in der Praxis diesen Begriff zu leicht heranzuziehen, da leicht dadurch ein Missbrauch mit ihm getrieben werden könnte. In diesem speciellen Falle spricht seiner Ansicht nach nichts gegen den gewöhnlichen Gang einer Infection von Aussen, da Pat. von Arzt und Hebamme untersucht und sogar eines Dammrisses wegen genäht worden ist. — Das Auftreten schwerer Infectionserscheinungen erst am 10. Tage spricht auch nicht gegen diese Ansicht, da die früher erfolgte Infection sehr wohl erst so geringe Erscheinungen verursacht haben kann, dass dieselben haben übersehen werden können. Haben aber erst Streptococcen und Staphylococcen Eingang in die Gewebe gefunden, so ist die Wirkung auf die Dermoidcyste, bei der grossen Neigung dieser Gebilde zu vereitern, leicht erklärt. Beweisend im Sinne Dr. Hachs wäre der Fall nur dann, wenn der positive Nachweis vom Vorhandensein des Bact. Coli commune erbracht worden wäre.

Dr. P. Klemm meint, dass dem Begriffe der Autoinfection mehr Beachtung gezollt werden müsste. Dafür scheinen ihm Beobachtungen zu sprechen, welche er im Anschluss an Typhus abdominalis zu machen Gelegenheit hatte. Bei einem Kranken, welcher vor ca. Jahresfrist diese Erkrankung durchgemacht, fanden sich im Knochenmark krankhafte Processe, welche von Typhusbacillen verursacht waren, die offenbar von der ersten Erkrankung herrührend, daselbst fast ein Jahr deponirt gelegen haben.

Dr. Gilbert referirt über 2 Fälle aus der Leopoldschen Klinik, wo Gonorrhoe die Ursache für Wochenbetterkrankung abgegeben habe. Er fragt Dr. Hach, ob in seinem Falle Gonorrhoe auszuschliessen sei.

Dr. Hach betont, dass die Tuben sich bei der Operation als völlig gesund erwiesen haben Gegen Dr. Radecki's Auffassung möchte er doch gerade den späten Termin der Erkrankung geltend machen, da dieser Umstand nach seinen Erfahrungen höchst selten zu beobachten sei. Auch ist es ihm nicht bekannt, dass die Dermoidcysten eine besondere Neigung zu Vereiterung haben.

Dr. Treymann führt einen Fall aus seiner Praxis an, wo er auch eine Autoinfection annehmen zu können glaubt. Es handelt sich um I. para, puella publica die gar nicht untersucht worden, 8 Tage fieberfrei, vor der Geburt in der Abtheilung gelegen hatte, während der Drangwehen plötzlich hoch zu fiebern begann und am 4. Tage des Wochenbetts an acuter Peritonitis zu Grunde ging, ohne dass während der Geburt irgend welche Kunsthülfe stattgefunden hätte. Die Section wies eitrige Endosalpingitis (gonorrhoica? eine bakteriologische Untersuchung ist nicht vorgenommen worden) — als Ursache der Peritonitis nach. Vagina und Uterusmucosa waren nicht erkrankt.

Dr. Radecki hält den Fall nicht für beweisend, da der positive Nachweis von Gonococcen nicht erbracht ist.

Dr. v. Stryk meint, dass der von Dr. Treymann referirte Fall nicht unter dem Begriff Selbstinfection rubricire, sondern nur als Exacerbation eines schon früher bestandenen gonorrhoischen Processes aufzufassen sei. Auch andere Gelegenheitsursachen hätten diesen Verlauf provociren können. Im Uebrigen muss er sich den Ausführungen Dr. Radecki's anschliessen, indem auch er vor einer Verallgemeinerung des Begriffes der Autoinfection warnen möchte. — Nach seinen Erfahrungen ferner haben die Dermoidcysten entschieden die Neigung zu vereitern, wovon er sich bei Operationen wiederholt habe überzeugen können. Der erst am 10. Tage in drohender Weise manifest gewordenen Infection könne sehr wohl ein leichtes Frösteln mit geringer Temperatursteigerung vorausgegangen sein, welche leicht übersehen werden konnten.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Das Damen-Lazarethcomité der russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» hat den bisherigen Director des hiesigen Roshdestwenski-Barackenhospitals, Geheimrath Dr. Joseph Bertenson, zum Ehrenmitgliede erwählt. Zugleich

ist beschlossen worden, das Portrait desselben im Sitzungssaale des Conseils der Gesellschaft aufzustellen.

— Zum Director des Roshdestwenski Barackenhospitals, an Stelle Dr. J. Bertensons, ist der Director der Maximilian-Heilanstalt, Dr. N. A. Weljaminow, ernannt worden.

— Die Aerzte des Odessaschen Militärbezirks haben dem früheren Gehülfen des dortigen Militär-Medicinalinspectors, Dr. Th. J. Piotrowski, welcher vor Kurzem zum Mitgliede des militär medicinischen gelehrten Comités ernannt wurde, als Zeichen ihrer Hochachtung ein werthvolles silbernes Album mit ihren Photographien überreicht.

— Am 22. März hat der Professor der Dermatologie an der militär medicinischen Academie, Dr. A. G. Polotebnow, welcher nach 30-jährigem Dienst in den Ruhestand getreten ist, seine Abschiedsvorlesung gehalten bei welcher Gelegenheit ihm lebhafte Ovationen seitens seiner Zuhörer zu Theil wurden.

— Der frühere jüngere Arzt des Putiwl'schen Infanterieregiments, Dr. J. F. Selenew hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Syphilis und Hautkrankheiten habilitirt.

— Zu Vorsitzenden der medicinischen Prüfungscommission sind ernannt worden: bei der Moskauer Universität — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung Dr. A. P. Raszwetow bei der Kiewer Universität — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung Prof. Lasarewitsch und bei der Kasanschen Universität — der Professor der Charkower Universität P. J. Kowalewski. Zum Präses der Moskauer medicinischen Prüfungscommission, ist, wie wir bereits berichtet haben, Professor Dr. Anrep (St. Petersburg) ernannt worden.

— Ernannt: Der Director und Oberarzt des Roshdestwenski Barackenlazareths, Ehrenleibmedicus, Geheimrath Dr. J. Bertenson — zum Regierungscommissar der kaukasischen Mineralbäder, mit Belassung in seinen Stellungen als Ehrenleibmedicus und als berathendes Mitglied des Veterinärcomités.

— Enthoben auf ihre Bitte: Der wirkliche Staatsrath Dr. Ssuschtschinski vom Amte eines Regierungscommissars der kaukas. Mineralbäder, unter Belassung in seiner Stellung beim Minister der Reichsdomänen; der stellv. Gehülfe des Gouvernements Medicinalinspectors von Archangel, Titulärrath Ssizinski, — von diesem Amte.

— Verstorben: 1) In Ssudsha (Gouv. Kursk) am 15. Februar der Landschaftsarzt Nikolai Alexejew im 42. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Nach Absolvirung des Cursus in Kiew i. J. 1879 trat A. in den Dienst der Landschaft und leitete seit dieser Zeit das Landschafts—und das Gefängnisshospital Ssudsha; zugleich war er Arzt an vier Schulanstalten daselbst. Der Hingeschiedene erfreute sich allgemeiner Liebe und Achtung in der Stadt. Auch an den Communalangelegenheiten der Stadt nahm er regen Antheil: er war Stadtverordneter, kurze Zeit auch stellvertretendes Stadthaupt, Director des Gefängniss-Comités, Präsident der Wohlthätigkeitsgesellschaft und der Spar—und Leihkasse. 2) In Tiflis der Gehülfe des Militär-Medicinalinspector des Kaukasischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Heidemann, im Alter von 59 Jahren. 3) In Umany der Kreisarzt W. F. Galenko im 61. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in der Kiewer Universität erhalten und war darauf Arzt auf den Gütern des Grafen Potocki in Podolien, sodann Kreisarzt in Dubno u. von 1871 an in Umanj. 4) In Dobrowelitschka (Gouv. Chersson) der Landschaftsarzt F. Bogdanowitsch an Phthisis. Der Verstorbene war praktischer Arzt seit 1875. 5) In Giessen der ausserordentliche Professor der Geburtshülfe u. Gynäkologie, Dr. Friedrich Birnbaum. Er ist den Folgen einer bei einem manuellen Eingriffe erlittenen Erysipelasinfection erlegen. 6) Am 2. April in Paris der berühmte Physiologe Prof. Eduard Brown-Séquard im 76. Lebensjahre an Apoplexie. Mit ihm verliert das Collège de France eines ihrer hervorragendsten Mitglieder. Auf der Insel Mauritius als Sohn eines Amerikaners und einer Französin geboren, kam Brown-Séquard in seinem 20. Lebensjahre nach Paris und erlangte dort 1840 die medicinische Doctorwürde. Viele Jahre hindurch war er sodann in Amerika und London als Arzt und Docent thätig, bis er 1869 in Paris eine Stelle als ausserordentlicher Professor der Physiologie an der medicinischen Facultät erhielt. Nach dem Tode Claude Bernard's (1878) wurde er Nachfolger desselben auf dem Lehrstuhl der Experimental-Medicin am Collège de France. Auf fast allen Gebieten der Physiologie, namentlich aber auf dem der Nervenphysiologie, ist B.-S als Forscher mit Erfolg thätig gewesen. Die Zahl seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen (gegen 500) erregte geradezu das Staunen der Fachwelt über seine Productionskraft, bis sich in einigen seiner Versuche eine gewisse Leichtgläubigkeit und ein Mangel an einer streng wissenschaftlichen Methode bemerkbar machte und dadurch bei den Fachgenossen einiges Misstrauen erregt wurde, welches auch angesichts seiner wirklichen grossen physiologischen Verdienste nie mehr ganz weichen wollte. Es ist daher begreiflich, dass eine der merkwürdigsten Entdeckungen Brown-Séquard's, nämlich die Verjüngung des menschlichen Körpers durch Orchisextract wenig Anklang, selbst bei seinen Landsleuten, fand, ja von den Fachkreisen sogar viel belächelt wurde. Besondere Verdienste hat sich der Verstorbene durch die Gründung physiologischer Zeitschriften, des «Journal de la physiologie» und die «Archives de physiologie» erworben.

— Die Gesellschaft der St. Petersburger Kinderärzte hat die Professoren J. M. Balinski (St. Petersburg), N. F. Filatow (Moskau) und N. A. Tolmatschew zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der gelehrte Secretär der Conferenz der militär-medicinischen Academie, Prof. Fürst Tarchan-Mourawow, welcher an dem internationalen medicinischen Congress in Rom als Delegirter der Academie theilnahm, wird bis zum September im Auslande bleiben. Für die Zeit seiner Abwesenheit sind die Functionen des gelehrten Secretärs dem Prof. ord. der Academie Dr. K. N. Winogradow, die Vorlesungen über Physiologie dem Privatdocenten Dr. Werigo und die Leitung der praktischen Uebungen der Studenten dem Prosector Dr. Wartanow übertragen worden.

— Unser berühmter Landsmann, Prof. Dr. E. v. Bergmann (Berlin) ist im März-Monat in Nikolajew gewesen, wohin er von einem Millionär behufs Ausführung einer Operation berufen worden war. Die Operation — Amputation eines Fusses bei einem 83-jährigen Patienten — ist, wie der «Odesski Listok» berichtet, glänzend gelungen. Da in der Stadt sich das Gerücht verbreitet hatte, dass der berühmte Chirurg auch andere Kranke zur Consultation empfangen werde, so war in der Umgebung des Logis Prof. v. Bergmann's ein solches Gedränge unter den Kranken entstanden, dass die Polizei sich genöthigt sah, fast einen ganzen Zug von Polizeisoldaten aufzustellen, um die Ordnung aufrecht zu erhalten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. März d. J. 6560 (20 weniger als in der Vorwoche), darunter 250 Typhus — (2 mehr), 820 Syphilis — (17 weniger), 39 Scharlach (3 mehr), 24 Diphtherie — (1 mehr) 92 Masern — (13 mehr), und 19 Pockenkranke — (2 wenig.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Buguruslan (Gouv. Samara). Gehalt 1200 R. Adresse: «Бугурусланская Земская Управа.»

2) Von dem Ssysran'schen Landschaftsamte wird ein Arzt gesucht, welcher verpflichtet ist, die Landschaftsärzte des Kreises im Falle ihrer Krankheit oder ihrer Beurlaubung zu vertreten die Maassregeln gegen Epidemien anzuordnen und die medicinische Statistik zu besorgen. Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Сызранская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. März 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
307	265	572	113	59	105	10	4	18	47	51	53	41	39	23	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 21, Scharlach 5, Diphtherie 11, Croup 6, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 12. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.



 **ANNONCEN JEDER ART** werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 

Dr. Putzar's Sanatorium

Königsbrunn bei Königstein (sächsische Schweiz)

Wasserheil- und Kuranstalt. Elektro- und Mechanotherapie. **Kohlensäure-Bäder** (Pat. Lippert). **Diät- und Mastkuren.**

Das ganze Jahr besucht. ✱ Mässige Preise. ✱ Prospekte gratis.

(36) 6—1 **Besitzer: Dr. med. Putzar.**

Новое изданіе К. Л. Риккера въ Спб., Невскій пр., 14.

РУКОВОДСТВО

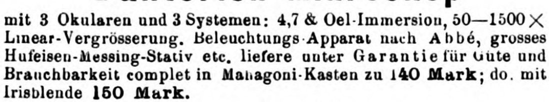
КЪ КЛИНИЧЕСКОМУ ПОЛЬЗОВАНІЮ ЛѢКАРСТВАМИ

для врачей и студентовъ.

Профессора д-ра **Фр. Пенцольдта**, въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ 3-го исправл. и дополн. нѣмецкаго изданія прив.-доц. д-ра **Г. А. Шапиро.**

Русское изданіе второе. 1894. Цѣна 3 руб., съ пересылкой 3 руб. 35 к.



Mein in Fachkreisen empfohlenes und überall eingeführtes

Bakterien-Mikroskop

mit 3 Okularen und 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, grosses Hufeisen-Messing-Stativ etc. liefere unter Garantie für Güte und Brauchbarkeit complet in Mahagoni-Kasten zu **140 Mark**; do. mit Irisblende **150 Mark.**

Ferner empfehle mein gesetzl. geschütztes

Universal-Bakterien-Mikroskop

mit Objectiv-Revolver mit 3 Systemen: 4,7 & Oel-Immersion, 50—1500 × Linear-Vergrösserung, Okular-Revolver mit 3 Okularen, Beleuchtungs-Apparat nach Abbé, ganz grosses Hufeisen-Stativ mit neuester Micromillimeterschraube, complet in Mahagoni-Kasten **200 Mark.** (Geprüft und begutachtet von Prof. Dr. M. Nencki, St. Petersburg; Prof. Dr. Chomjakoff, Kasan; Dr. L. von Nencki, Warschau).

Illustrirte **Cataloge** mit Gutachten gratis und franco! (13) 12—8

Ed. Messter, Optiker und Mechaniker, **Berlin NW.** Friedrichstr. № 95.

Lieferant für hiesige und auswärtige Universitäten und Krankenhäuser.

Bad Homburg

½ Stunde von Frankfurt a. M.

in hoher Lage am Taunusgebirge. Wirksame Brunnenkur bei Magen- u. Unterleibsleiden, Gicht und Anaemie. Neues Badehaus. Kochsalz- und kohlensaure Mineral wasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt.

Luftkurort ersten Ranges. Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen. — **Mineralwasser Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres.** (22) 6—3

Русскій переводъ сочиненія:

Handbuch

der

speciellen Therapie innerer Krankheiten

in sechs Bänden

herausgegeben von **Prof. Dr. F. Penzoldt** und **Prof. Dr. R. Stintzing**
in Erlangen. in Jena.

будетъ изданъ К. Л. Риккеромъ въ С.-Петербургѣ.

Dr. Heinr. Welsch in Bad Kissingen (Deutschland). (20) 6—5

Anwendung, Wirkung, Indicationen

d. **Kissinger Heilmittel** ersch. in III. Aufl. Preis 1 Mk. = 45½ Cop.

Verlag von Weinberger in Bad Kissingen.

SINAPISME RIGOLLOT.

Rigollot'sche Senfteige,

oder Rigollot'sches Senfpapier, in der ganzen Welt in Gebrauch. Man fordere die Unterschrift des Erfinders P. Rigollot, mit rother Farbe gedruckt, auf jedem Blatt und auf jeder Schachtel. *P. Rigollot*

Verkauf in allen Apotheken, en gros bei **P. Rigollot** et Co., 24 avenue Victoria, Paris. (17) 21—4

Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

Moorbäder im Hause!



Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni,

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Niederlage in St. Petersburg bei **Stoll & Schmidt.** (15) 26—4

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 2 Апрѣля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 9. (21.) April 1894

Ein Fall von centraler Haematomyelie.

Vortrag, gehalten den 12. Januar 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Da ich unlängst einen Fall von centraler Haematomyelie zu beobachten Gelegenheit hatte und da auch in den neuesten Lehrbüchern der Nervenheilkunde bis jetzt über diesen Gegenstand kein Wort zu finden ist, so werden Sie mir, meine Herren, gestatten über diese Krankheitsform Ihnen eine kurze Mittheilung zu machen. Ich will sofort hinzufügen, dass das Krankheitsbild der centralen Haematomyelie die grösste Aehnlichkeit mit dem der Syringomyelie hat.

Bis vor einiger Zeit wurde das Vorkommen von primären Rückenmarksblutungen vollständig in Abrede gestellt (Charcot, Hayem, Koster) und alle im Rückenmark gefundenen Blutungen galten als secundäre, nach Entzündungen entstandene, sie galten also als Myelitis centralis haemorrhagica. Obwohl Erb[1]) die Möglichkeit des Vorkommens primärer Rückenmarksblutungen anerkennt, beschreibt er doch in seinem bekannten Lehrbuche deren Symptome zusammen mit denen der haemorrhagischen Myelitis. Es ist ja richtig, dass Rückenmarksblutungen viel seltener als solche im Hirn vorkommen, was wohl von der Lage und Verbreitung der Gefässe im Rückenmark, der sehr seltenen Entwickelung von sklerotischen Processen und miliaren Aneurysmen in denselben abhängig gemacht werden kann.

Jetzt steht es jedoch bereits als anerkannte Thatsache fest, dass primäre Blutungen im Rückenmark vorkommen, und zwar lange nicht so selten, als man früher glaubte. Diese Blutungen können in Form von Puncten, hämorrhagischer Infiltration und hämorrhagischen Herden auftreten. Diese letzteren können von verschiedener Grösse sein, sie sind zuweilen bohnengross und gelangen, sich in der Breite ausdehnend, an die Oberfläche des Rückenmarks, durch dessen Häute sie durchschimmern.

Die in der letzten Zeit gemachten Untersuchungen, auf die ich bald zurückkommen werde, zeigten jedoch, dass grosse Rückenmarksblutungen am häufigsten um den Canalis centralis des Rückenmarks, in dessen centraler grauen Substanz und in den Hinterhörnern desselben sich localisiren und nach oben und unten sich ausbreitend Röhrenform annehmen. In allen nur einigermaassen bedeutenden Blutergüssen ist die Rückenmarkssubstanz an den betreffenden Stellen zerrissen, mit Blut durchtränkt und theilweise erweicht.

Als ätiologische Momente, die primäre Spinalhämorrhagien hervorrufen können, sind zu nennen: Traumen, körperliche Ueberanstrengungen, Aufregungen, besonders Excesse in Venere wie auch unterdrückte Hämorrhoidal- oder Menstrualblutungen.

Die Symptomatologie dieser Blutungen wird je nach der Grösse, Zahl und Localisation derselben naturgemäss sehr verschieden sein. Bei Traumen wird es noch ferner davon abhängen ob nicht ausser der Blutung noch Beschädigungen der angrenzenden Theile: der Rückenmarkshäute, der Wirbel u. s. w. vorhanden sind

Das Krankheitsbild aller dieser Blutungen kann so verschiedenartig sein, dass dessen Beschreibung uns zu weit führen würde und deshalb will ich mich nur auf die Beschreibung der Symptome bei grossen Centralblutungen von Röhrenform beschränken.

Es sei mir jedoch vorerst noch gestattet, einige Worte darüber zu sagen, auf welche Weise wir dazu gelangt sind diese centralen Röhrenblutungen am lebenden Kranken zu erkennen.

Die Haematomyelie gehörte bis vor Kurzem zu den am wenigsten erforschten Erkrankungen des Rückenmarks und ihre primäre Entstehung wurde, wie oben erwähnt, vollständig in Abrede gestellt, obgleich die Möglichkeit ihres Vorkommens ohne Myelitis schon längst durch eine

[1]) Handbuch der Krankh. des Nervensystems 1876. Zweite Hälfte. S. 291.



1864 erschienene Dissertation von Levier[2]) und einen von Goltdammer[3]) mitgetheilten Fall bewiesen war. Die Lehre von der Haematomyelie machte besondere Fortschritte in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gemeinschaftlich mit der Lehre von der Syringomyelie. In dieser Zeit wurde eine ganze Reihe einschlägiger Mittheilungen von Leyden[4]), Thorburn[5]), Krafft-Ebing[6]) und Andern publicirt. Besonders interessant in dieser Beziehung ist die Arbeit unseres Landsmannes, Docenten Minor[7]) in Moskau, welcher nicht nur fünf Fälle von centraler Haematomyelie auf dem zehnten internationalen medicinischen Congresse in Berlin mitgetheilt und diese später in einem besonderen Artikel ausführlich beschrieben hat, sondern auch durch seine Untersuchungen es möglich gemacht hat die centrale Haematomyelie am Lebenden zu erkennen; er hat auch zuerst klar und deutlich auf die Aehnlichkeit ihrer Symptome mit denen der Syringomyelie hingewiesen. Hier wie dort, zeigte er, äussert sich das klinische Bild durch Muskelatrophien mit Paresen, Analgesie und Thermoanästhesie bei meistens erhaltener tactiler Sensibilität.

Dr. Minor ging noch weiter und meinte, da centrale Haematomyelie und centrale Gliomatose ausser den gleichen klinischen Erscheinungen noch sehr oft auch gleiche Ursachen (Traumen) haben können, so sei es möglich, dass diesen beiden Krankheitsformen nicht bloss eine äusserliche, sondern auch eine innerliche Zusammengehörigkeit zukomme. Es ist eben sehr möglich auf Grund der Untersuchungen, die von Langhans und Kronthal[8]) stammen, dass jeder Druck auf das Rückenmark zur Bildung von Gliomen führen kann und dass also eine im centralen Theile des Rückenmarks stattgefundene Blutung durch Druck auf dasselbe seine Ernährung stört und so zur consecutiven Entwickelung von Bindegewebe und zu Höhlenbildung — sogenannten haemorrhagischen Cysten — also zu einer Syringomyelie führt. Es ist aber auch das Umgekehrte möglich, dass nämlich, wo schon früher eine centrale Höhle im Rückenmark existirte, durch eine der oben genannten Ursachen eine Blutung zu Stande kommt und so sich viel leichter eine ausgebreitete centrale Haematomyelie ausbildet.

Die Aehnlichkeit der Symptome der Haematomyelie und der Syringomyelie erklärt sich durch die einfache längst bekannte Thatsache, dass bei Rückenmarkskrankheiten die Symptomatologie viel mehr von dem Sitz der Erkrankung als von der Natur derselben abhängt! (Charcot, Grosset, Minor).

Das Krankheitsbild der centralen Haematomyelie ist kurz folgendes: Nach irgend einem Trauma, einer starken physischen Anstrengung, nach oft in kurzer Zeit wiederholtem Coitus (Gowers), oder einfacher Erschütterung (Thorburn), tritt sofort eine Lähmung meist in Form einer Paraplegie ein. Diese Lähmung, ist begleitet von Sensibilitätsstörungen in Form der bekannten syringomyelitischen Dissociation, d. h. es besteht Analgesie und Thermoanästhesie bei meist vollkommen erhaltener Tastempfindung. Die gelähmten Theile atrophiren ziemlich schnell, die Hautreflexe sind herabgesetzt, die Sehnenreflexe meistentheils erhöht. Retentio urinae et alvi. Decubitus häufig.

In Bezug auf den Sitz der Blutungen im Rückenmark will ich nur Folgendes hervorheben: Alle Blutungen oberhalb des Abganges der Phrenici führen schnell zum Tode durch Asphyxie. Beim Betroffensein des Halstheiles sind alle vier Extremitäten gelähmt, es können auch Erscheinungen von Seiten der Pupillen vorhanden sein. Ist der Brusttheil ergriffen, so haben wir Paralyse der Rumpfmuskeln, der Bauchpresse und der untern Extremitäten. Die Reflexe sind erhalten. Atrophie tritt nur langsam ein. Bei Blutungen im Lendentheil ist die Paralyse auf die unteren Extremitäten, Blase und Mastdarm begrenzt. Reflexe fehlen. Muskelatrophie und Decubitus treten schnell ein.

Nach einiger Zeit kann in einem grossen Theil der früher paralysirten Muskeln die Bewegungsfähigkeit wiederkehren und nur einige Muskeln können für immer schwach und atrophisch bleiben.

Charakteristisch für die Hämatomyelie ist das Fehlen von Reizerscheinungen, welche nur dann eintreten, wenn zu derselben Entzündung der umliegenden Theile des Rückenmarkes, dessen Häute, oder secundäre Degenerationsprocesse in denselben sich hinzugesellen.

In typischen Fällen wird die Diagnose leicht sein, in weniger ausgesprochenen oder complicirten Fällen kann die Krankheit mit verschiedenen ähnlichen Störungen verwechselt werden, so mit der Gehirnapoplexie, mit den Meningealblutungen, mit der acuten centralen Myelitis, mit der Poliomyelitis anterior acuta, mit der ischämischen Paraplegie.

1) Das Fehlen der Bewusstlosigkeit und aller Lähmungserscheinungen von Seiten der Gehirnnerven, die paraplegische Form der Lähmung, die Sphincterlähmung u. s. w. genügen, die Hämatomyelie von der Gehirnapoplexie zu unterscheiden.

2) Bei der Meningealblutung haben wir lebhafte Reizerscheinungen in Form von heftigen Schmerzen, spastischen Symptomen, Hyperästhesie; dagegen sind die Lähmungserscheinungen wie die Störungen der Sensibilität gering. Der Verlauf der Meningealblutung ist ein rascher und ein günstigerer als der der centralen Hämatomyelie.

3) Die centrale Myelitis beginnt mit Reizerscheinungen, Schmerzen, spasmodischen Zuständen. Die Lähmungserscheinungen entwickeln sich lange nicht so rasch, wie bei der centralen Haematomyelie. Anästhesien, Parästhesien, wie partielle Lähmungen und Blasenschwäche, gehen bei der centralen Myelitis dem Auftreten der Paraplegie voraus.

4) Die Poliomyelitis anterior acuta adultorum kann sich manchmal der centralen Hämatomyelie ähnlich gestalten, aber der meist fieberhafte Beginn der Krankheit, das Fehlen aller sensiblen Störungen, Fehlen der Blasenlähmung und Ausbleiben des Decubitus werden wohl genügen dieselbe von der uns interessirenden Krankheitsform zu unterscheiden.

5) Das Fehlen des Femoralpulses und die Anwesenheit von Circulationsstörungen in den Beinen werden leicht eine ischämische Paraplegie erkennen lassen.

Die Prognose ist bei unserer Krankheit lange nicht so schlecht, wie man früher dachte.

Was die Therapie betrifft, so ist es sehr wichtig hier schnell zu handeln um der Ausbreitung der Blutung einen Damm zu setzen. Der Kranke wird auf die Seite oder noch besser auf den Leib gelegt, sofort eine subcutane Ergotininjection gemacht, der Rücken mit Eisblasen bedeckt und innerlich Digitalis und Ergotin verabreicht. Eine ein- bis zweimalige grössere Dose des Ergotins ist mehreren kleineren Dosen vorzuziehen. Den Functionen der Harnblase und des Darms ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Der Decubitus ist mit den nöthigen Mitteln zu behandeln. Die weitere Behandlung ist die der chronischen Myelitis: Jodkalium, lauwarme Bäder, vorsichtige Kaltwasserbehandlung, Massage und Elektricität.

Veranlassung zu dieser Mittheilung gab mir ein Fall, den ich im hiesigen Krankenhause Sawitsch dank der

---

[2]) Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Dissertation. Bern 1864.
[3]) Virchows Archiv. Bd. 66, 1876.
[4]) Zeitschrift für klin. Med. 1887.
[5]) Brain, 1887.
[6]) Wiener med. Wochenschr. 1889, № 49.
[7]) Verhandl. des X. internat. med. Congr. Bd. 4. S. 4.
[8]) Archiv für Psychiatrie Bd. XXIV. Heft 3. S. 693.



Güte des Oberarztes desselben, Herrn Dr. Jundzill, zu beobachten Gelegenheit hatte und den ich Ihnen, meine Herrn, kurz beschreiben will.

Der Kranke K. T. Landarbeiter, ist 48 Jahre alt. stets gesund gewesen, Lues wird in Abrede gestellt, trieb keinen Alkoholmissbrauch, neuropathische Beanlagung ist in seiner Familie nicht vorhanden. Mit 26 Jahren verheirathete er sich, ist kinderlos, seine Frau abortirte nie. Am zwölften Juni 1893 fiel auf ihn ein grosser Wagen mit Heu, der ihn stark drückte. Und als man ihn hervorzog, war er bereits nicht mehr im Stande zu gehen, konnte aber seine Arme noch ganz gut gebrauchen. Die Besinnung hat er nicht verloren.

Nach zwei Tagen wurde er nach dem oben genannten Hospital gebracht, wo bei der Untersuchung durch die Aerzte dieses Krankenhauses, mit Dr. Jundzill an der Spitze, bei ihm eine vollkommene Paralyse beider unteren Extremitäten, bedeutende Schwäche beider oberen Extremitäten constatirt wurden. Irgend welche Verletzungen von Weich- oder Knochentheilen wurden nicht gefunden. Es bestand beim Kranken auch Retentio urinae et alvi. Sensibilität jeder Art und Form soll verschwunden gewesen sein.

Der Kranke klagte über einen beständigen Schmerz in der Gegend der unteren Hals- und der oberen Brustwirbel. Dieser Schmerz wurde bedeutend geringer bei Streckung des Kranken am Kopf. Der genannte Schmerz dauerte ungefähr drei Wochen. Während seines Aufenthaltes im Krankenhause fieberte er oft und erreichte die Temperatur 39,1 bis 39,6° C.

Den 25. September 1893, als ich den Kranken zuerst zu sehen Gelegenheit hatte, war sein Zustand folgender: K. T. ist gross von Wuchs und von mittlerem Körperbau. Fettpolster sehr gering. Pat. nimmt im Bette eine passive Rückenlage ein.

Alle Kopfnerven sind intact, die Augenbewegungen sind normal. Die Pupillen reagiren prompt auf Licht und Accommodation. Die Zunge streckt er gut hervor, wobei sie nur leicht zittert. Sprache normal, Intelligenz seiner gesellschaftlichen Stellung entsprechend.

Gesicht, Gehör, Geschmack und Geruch bieten nichts Auffallendes dar.

Alle inneren Organe sind augenscheinlich gesund.

Sitzend hält er den Kopf ein wenig nach vorn und rechts geneigt.

Der ganze untere Theil seines Körpers, von der zehnten Rippe beginnend, entbehrt jeglicher Empfindung. Anfangs schien es, dass nicht nur Schmerz- und Temperaturempfindung, sondern auch die Tastempfindung verschwunden war. Es stellte sich aber bei näherer Untersuchung heraus, dass der Tastsinn vorhanden war und seine beständige Antwort: «ich fühle nicht» bedeutete «ich fühle keinen Schmerz». Von der zehnten bis zur dritten Rippe nach aufwärts befindet sich eine Zone herabgesetzter Empfindlichkeit. Das Druckgefühl ist ebenfalls bedeutend herabgesetzt.

In der Gegend der ganzen linken unteren Extremität besteht seit einiger Zeit Hyperästhesie.

Hautreflexe im Gebiete der Anästhesie fehlen. Sehnenreflexe entweder normal oder erhöht. Patellarreflexe sind auf der linken Seite erhöht, auf der rechten normal, Cremaster — und Bauchreflexe abwesend. Das Muskelgefühl ist nur ein wenig herabgesetzt.

Auf der rechten Seite in der Gegend der vierten Rippe unweit der Brustwarze finden sich Spuren einer Verbrennung zweiten Grades, welche der Kranke durch Aufsetzen einer Theekanne mit kochendem Wasser auf die Brust sich zugezogen hat.

An Kopf, Hals und oberen Extremitäten ist die Sensibilität in bester Ordnung. Die Musculatur der Arme befindet sich im Zustande bedeutender Atrophie, besonders in Mitleidenschaft sind gezogen: der Brachialis internus, der Triceps, die Muskeln an der äusseren Fläche des Vorderarms; stärker auf der linken Seite, so dass hier sich eine bedeutende Furche zwischen Ulna und Radius gebildet hat. Nicht weniger atrophisch sind die Interossei und die Muskeln des Gross- und Kleinfingerballens.

Dagegen sind die Muskeln des Schultergürtels wohl erhalten.

Das Muskelgefühl ist in den oberen Extremitäten völlig normal.

Der Typus der Athmung ist costo-abdominal.

Der Leib ist stark aufgetrieben, der Gebrauch der Bauchpresse ist dem Kranken ganz unmöglich.

In den stark atrophischen Muskeln beider unteren Extremitäten beginnt die Functionsfähigkeit derselben rechts sich schon zu bessern.

Muskeln und Nerven sind auf Druck nicht empfindlich. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln an den oberen, wie den unteren Extremitäten ein wenig erhöht.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven war folgende: am Gesicht, Hals und Schultergürtel normal, an den oberen Extremitäten nur quantitativ ein wenig vermindert, dagegen in den unteren Extremitäten stark herabgesetzt und die durch elektrische Reizung hervorgerufenen Contractionen sind schwach und träge. Ja im Gebiete des linken N. peroneus sind Zeichen der Entartung vorhanden, d. h. die Zuckungen bei Reizung mit der Anode sind stärker und treten früher ein als durch die Excitation mit der Katode.

Die vorhanden gewesenen Störungen von Seiten der Blase und des Darms sind fast verschwunden, es ist nur ein leichter Blasenkatarrh zurückgeblieben.

Am Gesässe ist ein unbedeutender Decubitus vorhanden.

Der Kranke kann schon jetzt sitzen und ein wenig das rechte Bein bewegen.

Einige Zeit habe ich Pat. elektrisirt und der Zustand seiner Muskeln besserte sich, nachher wurde er auf Verlangen aus dem Hospital entlassen, und kann ich Ihnen leider von dem weiteren Verlauf seiner Krankheit nichts mittheilen.

Zum Schluss erfülle ich noch gern die angenehme Pflicht, Herrn Dr. H. Jundzill für die Ueberlassung des Materials und beständige Liebenswürdigkeit bestens zu danken.

Zur Frage der Priorität der operativen Behandlung hochgradiger Myopie *).

Von

Dr. Fukala in Pilsen.

Verehrliche Redaction!

Ihr werthes Blatt. St. Petersburger Medic. Wochenschrift Nr. 4, vom 29. Januar (10. Februar) 1894 enthält auf der 33. Seite einen Bericht über die Verhandlungen des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Dorpat, vom Donnerstag, 2. September 1893. In dieser Sitzung hat Herr Dr. Theodor von Schröder, von St. Petersburg einen Vortrag über operative Behandlung hochgradiger Myopie gehalten (S. 34), welchen Herr v. Schröder mit den Worten eingeleitet hat: «Das von Fukala 1890 begonnene operative Verfahren bei hochgradiger Myopie etc.»

In der hierauf folgenden Discussion hat Herr Dr. Truhart die Bemerkung gemacht, «dass nicht Fukala derjenige gewesen sei, welcher, wie hervorgehoben worden, zuerst bei hochgradiger Myopie die Linsenextraction in Anwendung zog: dieselbe wurde (nach Herrn Dr. Truhart's Meinung) schon vor Fukala von Vacher in einer Reihe von Fällen geübt.»

In Folge dieser Bemerkung des Herrn Dr. Truhart erlaube ich mir an die verehrliche Redaction die ergebene Bitte zu stellen, in Ihrem werthen Blatte Nachstehendes aufnehmen zu wollen:

1) Es ist nicht richtig, dass ich mein operatives Verfahren bei hochgradiger Myopie erst im Jahre 1890 begonnen habe: ich habe es viel früher schon im Anfang 1887 begonnen.

2) Es ist unrichtig, dass Herr Dr. Vacher in Orleans früher als ich, u. z. in einer Reihe von Fällen das Verfahren geübt hätte, vielmehr habe ich um mehr als 2 Jahre früher mein Verfahren vor Herrn Dr. Vacher begonnen.

Ich bin in der Lage, die Richtigkeit meiner Behauptung durch autentische Daten, welche in ophthalmologischen Werken verzeichnet sind, nachzuweisen.

Ad 1. Es ist aus von Graefe's Archiv f. Ophth. 36. 2. Th. S. 232 zu ersehen, dass ich mein Verfahren schon zu Anfang April 1887, und nicht 1890 — also um 4 Jahre früher, begonnen habe. Schon am 8. Nov. 1889 habe ich von 16 operirten Fällen in der Gesellschaft der Aerzte in Wien, 2 glücklich Geheilte vorgestellt, denn es waren von den Operirten nur wenige damit einverstanden, sich öffentlich ansehen zu lassen.

Ich habe übrigens die Idee, hohe Myopie durch Discission zu reduciren schon vor 20 Jahren gehabt, und selbe meinem hochverehrten Lehrer Arlt mitgetheilt; Letzterer meinte jedoch, dass er dazu keinen Muth hätte, da Donders sich dagegen ausgesprochen hat; dies war freilich vor 30 Jahren, wo man guten Grund hatte, Wundinfection zu fürchten, derzeit jedoch haben wir vor derselben, im Besitze von antiseptischen Mitteln keine Angst.

Ad 2. Dass Herr Louis Vacher in Orleans die Extraction der durchsichtigen Linse um volle 2 Jahre später als ich ausgeführt hat, ist aus seiner eigenen Arbeit im «Recueil d'Ophthalmologie, 13. Anné Nr. 11, S. 678» zu ersehen; unter der Ueberschrift: «Traitement de la Myopie progressive choroidienne et Prophylaxie du Décollement de la Rétine par l'extraction du Cristallin transparent» — schreibt Herr Vacher auf der 685 Seite:

«J'ai fait à l'heure actuelle sept extractions de cristallin transparent; Ces deux premières remontent au

*) Wegen Raummangel verspätet gedruckt. Die Redaction.



mois d'avril et au mois d'octobre 1889.» Es hat also Vacher seine 2 ersten Operationen im April und October 1889, um volle 2 Jahre später als ich (am 3. April 1887) begonnen; zur Zeit seines Beginnens habe ich bereits 16 glücklich operirte Fälle gehabt; 2 derselben am 8. November 1889 in Wien in der K. K. Gesellschaft vorgestellt, wie dies aus dem erwähnten Bande des von Graefe'schen Archiv f. Ophth. zu ersehen ist. Schon Anfangs 1890 habe ich über 23 operirte Fälle öffentlich Bericht erstattet.

Bei dieser Gelegenheit bemerke ich, dass es mir schwer begreiflich erscheint, wie es möglich wäre, dass Herr Dr. Vacher gelegentlich der Sitzung der Société française d'Ophth. am 7. Mai 1890, von meinen Operationen, welche in französischen ophthalmol. Werken publicirt worden sind, keine Kenntniss gehabt hätte? («Je n'avais pas connaissance, à ce moment de la communication de Fukala à la Société de médecine de Vienne, en novembre 1889»).

Man sollte das Gegentheil glauben, da Herr Dr. Vacher sich mit diesem Gegenstand eingehend befasst hat, und auf der S. 679, selbst geschrieben hat: «Malgré mes recherches je n'ai trouvé dans la litterature médicale aucune observation d'extraction du cristallin antérieure aux deux que j'ai communiquées à notre Société.»

Nebenbei sei hier bemerkt, dass meine und Vacher's Tendenzen bei der Entfernung der Linse verschieden gewesen sind; ich bestrebte mich dadurch die übermässige Brechkraft des Auges um den optischen Werth der Linse herabzusetzen, Vacher hingegen wendet (wie dies schon die Ueberschrift seiner Arbeit besagt) die Extraction als ein prophylaktisches Mittel bei gefährlichen Symptomen progressiver Myopie, insbesondere bei drohender Netzhautablösung an; ich wende die Discission bei jüngeren Leuten mit intacter Netz- und Aderhaut an, — Vacher die directe Extraction bei alten Leuten, und schweren Complicationen.

Von der von mir begonnenen Methode: Discission und nachfolgender Hornhautpunction bin ich nicht abgewichen, da selbe unbedingt die besten Resultate sowohl mir, als auch anderen Herrn Operateuren ergeben hat, während die directe Extraction schon schlechte Erfolge aufzuweisen hat. (Valude).

Es ist ferner ein Irrthum, wenn Herr Dr. Truhart der Ansicht ist, dass Pflüger die Linsenextraction bei Myopie wohl geübt, aber später aufgegeben habe.

Herr Professor Pflüger in Bern ist bei hoher Myopie für die Discission mit nachfolgender Hornhautpunction sehr begeistert; die Erfolge Pflügers gehören zu den schönsten im Gebiete der Myopie-Operationen, welche auf der Berner Augenklinik bis August 1893 auf 25 gestiegen sind. Stets hat Herr Pflüger eine bedeutende Zunahme der Sehschärfe beobachtet, und auch immer einen glatten Verlauf der Heilung gesehen. Herr Pflüger hat über dieses Thema im Heidelberger Congress 1892 (Siehe dessen Bericht S. 118) persönlich und im Congress 1893 in dessen Verhinderung sein Assistent, Herr Dr. Siegrist einen Vortrag gehalten (S. Heidelb. Congr. 1893, S. 201); im laufenden Jahre wird Herr Professor Pflüger im Congresse zu Rom einen Vortrag über Myopie-Operationen halten.

Zum Schlusse beehre ich mich an dieser Stelle Herrn Dr. Theodor v. Schröder in St. Petersburg für sein liebenswürdiges Entgegenkommen und für seine Unterstützung bei meiner schwierigen Aufgabe durch seine erfolgreichen Operationen meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Hochachtungsvoll ergebener

Dr. Vincenz Fukala.
Augenarzt in Pilsen.

Pilsen, den 10. März 1894.

Referate.

Prof. T. Miescher: Ueber die Beziehungen zwischen Meereshöhe und Beschaffenheit des Blutes (Corr.-Bl. f. Schw. Aerz. 1893 № 24).

Nachdem Paul Bert schon 1877 die Vermuthung ausgesprochen, dass sich die Blutkörperzahl und die Hämoglobinmenge in der dünnen Luft grosser Höhen vermehre und 1882 an die Academie berichtet hatte, dass Thierblut, welches aus La Paz in Bolivia (3700 m.) stammte, ein ungewöhnlich grosses Absorptionsvermögen für Sauerstoff gezeigt habe, theilte Prof. Viault 1890 mit, dass die Bewohner sehr hoch gelegener Gebirgsorte, z. B. diejenigen der peruanischen Minestadt Morococha (4392 m.), eine sehr grosse Blutkörperzahl aufweisen und er selbst an sich und seinem Begleiter daselbst in 3 Wochen eine Zunahme der rothen Blutzellen von 5 Millionen (in Lima) auf 7½—8 Millionen per mm³ constatiren konnte. Später beobachtete Viault auf dem Pic du Midi in den Pyrenäen (2877 m.) ähnliche Veränderungen und fand auch auffallend viele rothe Blutkörperchen von kleinen Dimensionen, was darauf hindeuten musste, dass nicht verminderte Blutkörperzerstörung, sondern gesteigerte Blutbildung vorlag. Schliesslich stellte noch A. Müntz fest, dass das Blut der von ihm vor Jahren auf dem Pic du Midi ausgesetzten und daselbst verwilderten Kaninchen viel mehr Eisen enthielt und viel mehr Sauerstoff absorbirte als das Blut beliebiger Kaninchen aus der Ebene. Dass diese Erscheinungen dem verminderten Partiardruck des Sauerstoffs zuzuschreiben seien, wurde experimentell durch Regnard in Paris nachgewiesen 1882 aber von Fränkel u. Geppert in Berlin nur für Luftverdünnungen zugegeben, wie sie kaum auf den allerhöchsten Bergspitzen der Erde vorkommen. Allen Speculationen über die Wirkung der gewöhnlichen Höhencurorte schien mit letzterer Behauptung, welche auf anscheinend sehr exacten Untersuchungen ruhte, der Boden unter den Füssen weggezogen und doch haben die Angaben von Bert auf eine richtigere Spur geleitet, als die Berliner Experimente. Das zu beweisen unternimmt Verf. in der vorliegenden ausführlichen Arbeit, deren interessante Details wir hier natürlich übergehen müssen. Aus den hämometrischen Bestimmungen in Arosa (Egger, Mercier) ging zunächst fast ausnahmslos hervor, dass die Blutkörperchenzahl sehr schnell zunahm und die Hämoglobinmenge nur langsam aber doch auch stetig wuchs; die kleinen Blutkörper unter $\frac{5}{1000}$ mm waren schon wenige Stunden nach der Ankunft sehr zahlreich und standen am Ende der Acclimatisationszeit zu den grösseren Formen im Verhältniss von 4—11 : 1. In späteren Stadien, bei verlangsamtem Tempo der Blutkörperchenbildung, werden dann auch wieder grössere Blutscheiben gebildet und beständige Bewohner von Arosa haben im Mittel immer höhere hämometrische Zahlen als Ankömmlinge. Freilich bei der Rückkehr ins Tiefland schwinden, was vielfach nachgewiesen, die Errungenschaften meistentheils wieder schnell und man muss sich fragen, was die Anämischen für die Verbesserung ihrer Hämopoese vom Höhenklima eigentlich zu erwarten haben? Da nun aber Egger gerade an zwei Oligocythämischen (Initialziffer 3,5 und 4,0 Millionen), welche in Arosa eine colossale numerische Steigerung bis zu 67 und 84 pCt erfahren hatten, später in Basel nachweisen konnte, dass das anfängliche rasche Sinken bei 5—5,5 Mill. stillzustehen schien, so fordert Verf. zu weiteren Beobachtungen der ins Tiefland zurückgekehrten auf und hält es einstweilen doch für wahrscheinlich, dass eine fehlerhafte Hämopoese durch die Höhenluft nicht direct und specifisch, sondern nur im Zusammenhang mit der Kräftigung der gesammten Constitution, insbesondere der Organe des Kreislaufs und ihrer Nervencentra, also auf demselben Umwege, wie sie entstanden ist, wieder gebessert wird. Nun wurden auch an niederen Höhenstufen: Champery (Wallis, 1052 m., mittlerer Barometerstand 672 mm), Bad Sernens (Graubünden, 985 m. Barom. 677 mm.) und sogar Langenbruck (Baselland, 700 m.) unter Verfassers Leitung einschlägige Untersuchungen angestellt und ergaben ebenfalls, namentlich für beide ersteren Orte, im Mittel eine numerische Zunahme der Blutkörper um mehr als 9 pCt. in c. 3 Wochen (welcher bei der Rückkehr nach Basel allerdings sofort wieder eine Abnahme folgte) und auch der Hämoglobingehalt zeigte ausnahmslos eine Steigerung (sogar bis 27 pCt.) Bei einer, zwischen dem 27. September und 5. October eintretenden rückgängigen Barometerbewegung um c. 13 mm. in Basel wurde constatirt, dass wie auf den Höhen eine numerische Steigerung der Blutkörperchen um mehrere pCt. stattfand, oder das sonst bei allen vom Gebirge Herabgestiegenen zu erwartende Sinken wenigstens stillstand und auch bei den Hämometerziffern der Einfluss der Luftverdünnung unverkennbar war. Die auffallende Thatsache, dass also einerseits schon eine ganz geringe O-Verminderung empfunden wird, andererseits aber doch Toleranz gegen 5—8 Mal grössere Verminderungen (Himalaya, Cordilleren, Luftschiff) existirt, erklärt M. durch das Vorhandensein besser und schlechter gelüfteter Lungenpartien; die ersteren bilden den eisernen Bestand für die Athmung, die Lebensreserve, — letztere, auf geringeren Luftwechsel angewiesen, stellen die feineren Regulatoren der Blutbildung dar. Wo die O-Spannung schon gesunken, da ist beschränkte Blutzufuhr und Bildung der Blutkörper, mithin kann man ohne Zwang annehmen, dass die Tendenz zur Hämoglobinbildung und was an morphologischen Vorgängen damit zusammenhängt, charakteristisch ist für einen gewissen absoluten oder relativen Sauerstoffmangel. Dass dyspnoische Herz- und Lungenkranke keine enorme Vermehrung der Blutkörper zeigen, liegt nach Bizzozero daran, dass bei ihnen die Zufuhr von Nahrungsmaterial und die Abfuhr von CO_2 und anderen Zersetzungsproducten behindert ist, also kein genügender localer Blutkreislauf besteht.

Praktisch ergiebt sich aus diesen Betrachtungen Folgendes: M. ist weit davon entfernt, die Wirkungen des verminderten Sauerstoffpartiardruckes allein für identisch zu halten mit den Wirkungen des Höhenklima überhaupt. Trockenheit, Insolation Temperaturverhältnisse, Luftbewegung, Alles das hat seine Bedeutung und nur um das schwierige bisher ungelöste Problem des Höhenklima an irgend einem Ende anzufassen, begann er mit der Erforschung der Sauerstoffspannung. Nur die

verminderte O-Spannung dürfte den Schlüssel für das Verständniss der Heilwirkung geben und, wenn man nicht bloss eine teleologische, sondern eine causale Deutung sucht, den Widerspruch lösen, welcher immerhin zwischen der überfeinen Reaction der blutbildenden Apparate und der erst auf viel grösseren Höhen eintretenden erheblichen dyspnoischen Störung der edlen Organe zu liegen scheint. Es ist durchaus plausibel, dass das auf spärliche Blutzufuhr angewiesene, offenbar auf Halbsold an Sauerstoff gesetzte rothe Knochenmark (ein Hauptsitz der Blutkörperneubildung), in seiner Gewebeathmung leichter durch minime Schwankungen der O-Sättigung des Blutes beeinflusst wird, als gefässreiche Organe, wie das Gehirn oder Herz und es wird also eine gewisse Höhenzone geben können, innerhalb welcher die Reaction des Knochenmarks gewissermassen über das Ziel hinausschiesst. Es bleibt über die Bedürfnisse der Adaptation hinaus ein Ueberschuss an Hämoglobinbildung, eine Erhöhung der sauerstofftragenden Befähigung (capacité respiratoire) des Blutes, welcher nicht ohne Einfluss auf die Athmung aller Gewebe des Körpers bleiben kann. Nachdem M. noch auf den grossen Unterschied zwischen O-grosser und O-geringer Spannung eingeht, kommt er zum Ergebniss, dass durch den verminderten Sauerstoffpartiardruck der Luft höher gelegener Gegenden, vermöge der so eigenthümlichen übermässigen Reaction der blutbildenden Organe, eine gesteigerte O-Spannung der Gewebe eintritt, mit allen ihren Consequenzen für deren Lebensenergie und Widerstandsfähigkeit. Diese Aenderung der Gewebeathmung schafft sodann einen günstigen Boden, eine Prädisposition für die Thätigkeit der natürlichen Heilfactoren des Organismus, sowie für die — local allerdings sehr verschiedene — Wirkung der übrigen klimatischen Momente der Höhenstationen. Vom barometrischen Standpunkt der O Tension aus betrachtet, ist dasjenige Höhenklima das beste und heilkräftigste, welches ein Maximum von hämopoetischer Reaction neben einem Minimum von Acclimatisationsbeschwerden zeigt und giebt es für jeden Menschen ein bestimmtes Höhenoptimum (mag es nun bei 1800 bei 1500 oder sogar bei 100 m. liegen) welches der Takt des sorgfältig beobachtenden Arztes, unterstützt durch einige Blutuntersuchungen, mit der Zeit schon richtig zu treffen wissen wird. H. Fremmeert.

P. Bruns-Tübingen: Ein neues Verfahren der Amputation des Unterschenkels (Subperiostale Amputation) (Beitr. z. Klin. Chir. X. II. 1893 p. 492).

Die anatomische Lage, die Ernährungsverhältnisse der Lappen bei der Unterschenkelamputation geben für ihre reactionslose Verheilung eine besonders ungünstige Prognose. Nach statistischer Zusammenstellung ergiebt sich, dass bei Unterschenkelamputationen, selbst in nicht complicirten Fällen, etwa der dritte Theil von Lappengangrän betroffen wird. Aus diesem Grunde ist für die Unterschenkelamputation die Wahl des Verfahrens nicht gleichgültig.

Um die Randgangrän der Hautlappen zu eliminiren, verzichtet Bruns auf die Bildung von Hautlappen. Er macht den einzeitigen Cirkelschnitt, fügt hieran eine subperiostale Aushülsung der beiden Knochenenden, so dass alle Weichtheile des Stumpfendes von der Haut bis einschliesslich des Periostes in ihrem ungestörten Zusammenhang gelassen werden.

Bei Amputationen im unteren Drittel des Unterschenkels verfährt Verf. folgendermaassen: Unter kräftiger Zurückziehung der Haut Cirkelschnitt bis auf die Knochen, sodann Anlegung zwei seitlicher Längsschnitte circ. 4 Ctm. lang, der eine direct auf die mediale Kante der Tibia, der andere auf die äussere Seite der Fibula. — Zurückschieben des Periostes, sodann Absägung der Fibula und darauf erst der Tibia; letztere wird schräg von vorne oben nach hinten unten abgetragen.—Blutstillung; Vereinigung des Periostes und der Muskeln durch versenkte Nähte; Abrundung der 4 Ecken der Wundränder; Hautnähte. —

Bei Amputationen in der oberen Hälfte des Unterschenkels, sowie in Fällen, wo die Haut durch Infiltration starr und unverschieblich ist, wird an Stelle des einzeitigen, der zweizeitige Cirkelschnitt gesetzt.—

Verf. hat bei 22 Amputationen diese Methode in Anwendung gebracht und hat niemals Lappengangrän zu beobachten Gelegenheit gehabt. —

Ein weiterer Vortheil dieser Amputationsart liegt in der guten Stumpfform. Der Stumpf ist abgerundet, die Sägeflächen der Knochen sind mit einer dicken Weichtheillage bedeckt.

Der Abhandlung beigegeben ist eine das Verfahren demonstrirende Tafel und die photographische Abbildung dreier Stümpfe nach 1 bis 2 jährigem Bestande.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel unter Mitwirkung von Prof. Bernhardt in Berlin etc. 1. Band, 1. Heft. Wien 1894. Verlag von Alfred Hölder.

Das Unternehmen ein dem jetzigen Stande der medicinischen Wissenschaften angepasstes Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herauszugeben, kann nur mit grösster Sympathie begrüsst werden, um so mehr, als an der Spitze der mitwirkenden Kräfte, als Redacteur des Werkes eine solche Capacität, wie Nothnagel, steht. Aus dem Prospect ist zu ersehen, dass die einzelnen Gebiete der internen Medicin von bewährten Kräften Bearbeitung finden werden. Bisher ist nur das 1. Heft des 1. Bandes zur Ausgabe gelangt; es enthält: die Vergiftungen von Jaksch (Prag) bearbeitet, daher können wir über das Ganze noch kein definitives Urtheil abgeben, wir behalten uns aber vor bei Erscheinen von grösseren Abschnitten der speciellen Pathologie wieder auf das Werk zurückzukommen. — Die Beschreibung der Vergiftungen ist ganz den praktischen Bedürfnissen angepasst. v. Jaksch legt hauptsächlich Gewicht auf die verschiedenen Krankheitsbilder, die aus den Vergiftungen resultiren, dieselben werden auch in klaren Zügen geschildert. Die alte Bezeichnung «Intoxication» lässt Verf. fallen; statt dessen führt er den Begriff: Toxicose ein und unterscheidet — 1. exogene Toxicosen, die also dem alten Begriff der Intoxication entsprechen und 2. endogene Toxicosen — jene, wobei der Giftstoff sich im Innern des Körpers bildet, z. B. Retentionstoxicosen, Nosotoxicosen, Autotoxicosen etc. — Die Therapie ist genügend berücksichtigt. Abelmann.

Prof. A. Köhler: Bericht über die chirurgische Klinik des Geheimrath von Bardeleben für die Zeit vom 1. April 1891 bis 31. März 1892. Sonder-Abdruck aus: Charité Annalen XVIII. Jahrgang.

Giebt in dem gewohnten knappen Rahmen Bericht über 2257 Kranke. Derartige Berichte sind durchaus unmodern, sind jedoch für den Praktiker von Werth, weil hier doch allerhand Dinge zur Sprache kommen die von Bedeutung sind aber nicht zu den Tagesfragen gehören.

Die einzelnen Abschnitte beanspruchen, wie das sich bei einem solchen immer viel Arbeit und Mühe erheischenden Rechenschaftsbericht ja wol von selbst versteht, wechselndes Interesse: bei der Fülle des Stoffes jedoch wird Jeder ihn speciell Interessirendes darin finden und namentlich die jedem Capitel beigefügten litterarischen Notizen zu schätzen wissen. Z.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 6. October 1893.

Herr Meyer berichtet über folgenden Krankheitsfall: A. W. 77 a. n., Kanzelredner, litt seit Jahren an chronischer Bronchitis und mässigem Lungenemphysem, war jedoch noch im Stande, weniger angreifende Amtshandlungen zu verrichten. Am 18. August früh erwacht Pat. unter Athemnoth und Beängstigungen, die bald in Orthopnoë übergingen; Pulsfrequenz 120; percussorischer Befund negativ, völliges Fehlen des Athmungsgeräusches auf der rechten Seite, mit Ausnahme der Gegend der Lungenspitze; Morphium schafft Linderung, Verminderung der Athmungs- und der Pulsfrequenz.

Erst am folgenden Tage war der Percussionsschall schwach tympanitisch, Tiefstand des Zwerchfells, Verschiebung des Herzens nach links zu constatiren. In der Nacht des zweiten Tages trat Lungenoedem der linken Lunge und 47 Stunden nach Beginn der Erkrankung der exitus letalis ein. Bei der Section fand sich die rechte Brusthälfte von Luft angefüllt; die Lunge lag vollständig collabirt, an der Spitze an der Pleura costalis adhärent neben der Wirbelsäule. An ihr waren an den Rändern des oberen und mittleren Lappens mehrere emphysematöse Luftbläschen vorhanden, von Erbsen- bis Bohnengrösse, so dass auch ohne den directen Nachweis der Perforationsöffnung doch die Ursache des Eintritts des Pneumothorax in der Berstung eines dieser ausserordentlich zartwandigen Bläschen gesucht werden musste; eine Exsudatbildung im Pleuraraum war nicht vorhanden.

Herr Lunz möchte im Anschluss an diese Mittheilung der Untersuchungen Zahn's erwähnen. Derselbe findet als Ursache der Berstung solcher emphysematöser Bläschen strangförmige Adhäsionen der Pleura und locale Atrophie der Pleura pulmonalis, erstere im Stande, emphysematöse Bläschen zu durchschneiden.

Nachdem die Herrn Weidenbaum, Ströhmberg und Graubner einen kurzen Bericht über den Beginn der Cho-



lera-Epidemie, über die Fortschritte derselben, über die im Cholerahospital eingeleitete Therapie gegeben, nachdem Prof. Körber die Resultate seiner bisherigen bakteriologischen Untersuchungen des Embachwassers und mehrerer Brunnen der durchseuchten Gegend erwähnt und namentlich die anfänglich geübten sanitären Anordnungen und Maassnahmen einer Kritik unterzogen, werden auf Vorschlag des Präses die obengenannten Herrn gebeten, auf der nächsten Sitzung über den weiteren Verlauf der Seuche genaue Mittheilung zu machen.

Sitzung am 20. October 1893.

Das ausführliche Referat der Herrn Prof. Körber, Ströhmberg, Weidenbaum, Kieseritzky und Graubner über den Beginn und die Fortschritte der Dorpater Cholera-Epidemie, ferner über die Bodenbeschaffenheit und die bakteriologischen Untersuchungen der Brunnen der durchseuchten Gegend wird von Kieseritzky verlesen. Es wird beschlossen, diese werthvolle Zusammenstellung in der Petersb. med. Wochenschr. sofort publiciren zu lassen (ist veröffentlicht worden).

Herr Dehio ist dafür, dass den Angehörigen der in die Cholera-Baracke übergeführten Kranken der Besuch des Hospitals unter gewissen Cautelen gestattet werde; durch diese Maassnahme könne den unsinnigen Gerüchten und eventuellen Ruhestörungen des Publicums entgegengearbeitet werden, ohne dass damit eine Weiterverbreitung der Seuche befürchtet werden dürfte.

Sitzung am 3. November 1893.

Nachdem die Herren Kieseritzky und Ströhmberg über den weiteren Verlauf der Cholera-Epidemie berichtet haben, spricht

I. Herr Dehio über die Behandlung der asphyktischen Cholera mit intravenösen Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung, welche er bei Gelegenheit der hiesigen kleinen Cholera-Epidemie versucht hat. Die Infusionen wurden ausgeführt mit Hülfe einer Hohlnadel, die durch die Haut hindurch direct in eine subcutane Vene hineingestossen und dann mit dem Irrigatorschlauch verbunden wurde. Auf diese Weise wird die Bloslegung, Durchschneidung und nachträgliche Unterbindung der Venen vermieden und die Ausführung der Infusion sehr erleichtert. Was den therapeutischen Erfolg der Infusionen betrifft, so lassen sich durch dieselben die Symptome der Herzschwäche mit grosser Sicherheit beseitigen, aber in der Mehrzahl der Fälle nur zeitweilig, so dass die Kranken nachträglich trotz wiederholter Infusion doch im Stadium algidum sterben. Ein Theil der Kranken, die den Eindruck machten, als wenn sie mit Hülfe der Infusionen aus dem Stadium algidum gerettet worden seien, starben nachträglich an Choleranephritis. Die Anurie wird durch die Infusionen nicht beseitigt. Von 17 mit Infusionen behandelten Kranken sind nur 3 genesen. Vortragender ist der Ansicht, dass die intravenösen Infusionen wohl unter Umständen lebensrettend wirken können, aber nur dann, wenn es lediglich auf eine zeitweilige Beseitigung der Herzschwäche ankommt. Die Intoxication des Organismus jedoch wird durch die Infusion nicht fortgeschafft, und dem entsprechend auch der natürliche Verlauf der Krankheit in der Mehrzahl der Fälle nicht geändert.

(Der Vortrag ist in extenso in der Petersb. med. Wochenschrift erschienen.)

Herr v. Zoege bemerkt, dass der Gedanke Cantani's die Toxine vermittelst der Infusion durch die Nieren aus dem Körper zu spülen, insofern nicht glücklich sei, als die Niere durch septische Toxine so verändert werde, dass ihre Function leide. Dagegen spreche für den Vorschlag Dehio's — die Diaphorese anzuregen — die Thatsache, dass die Haut septische Stoffe (Kummer) ja Bakterien in Massen ausscheide — eine praktisch schon längst gemachte Erfahrung.

Zur Ergänzung des Vortrags bemerkt Herr Lunz, dass in den vorliegenden Fällen kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den intravenösen Injectionen und dem Lungenoedem durch die Sectionen zu constatiren war: 3 Fälle von an Cholera verstorbenen Kindern, wo keine Injectionen ausgeführt worden waren, zeigten starkes Lungenoedem, dagegen liess sich an den Verstorbenen, bei denen während des Lebens die Injection gemacht wurde, kein Lungenoedem constatiren. Zur Bemerkung von Herrn Zoege fügt Herr Lunz hinzu, dass die mikroskopische Untersuchung von Cholera-Nieren schon in den frühesten Stadien der Erkrankung hochgradige Schwellung der Harnepithelien mit Verlegung des Lumens finden lässt.

II. Herr Lezius demonstrirt ein aus Weidenruthen angefertigtes Pessar, welches von einem an Prolapsus uteri leidenden alten Weibe angefertigt und mit Erfolg getragen worden ist.

Sitzung am 17. November 1893.

Herr Lunz hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Pathologie der Cholera». Zur Zeit der in Dorpat herrschenden Cholera-Epidemie sind bisher 23 Leichen einer Section unterzogen worden. Die Ergebnisse, die auf Grund dieses kleinen Materials gewonnen wurden, sind folgende: Besonders typisch fand sich die folliculäre Enteritis im Stadium algidum vor, wobei Schwellung der Darmfollikel im Allgemeinen stark ausgeprägt war; weniger durchgehend zeigten sich auch die Drüsen des Ileum intumescirt. Frühstadien der Krankheit kamen leider nicht zur Beobachtung. Nicht ganz typisch war das Bild im typhoiden Stadium; hier herrschte meist die hämorrhagische — katarrhalische Form der Enteritis vor. Es handelte sich einerseits um Ekchymosirungen mit stark blutig tingirtem Darminhalt, andrerseits um oberflächliche Nekrose der Darmschleimhaut. In 2 Fällen konnte man den Zustand schon Diphtherie nennen, besonders im letzten Theil des Ileum und im oberen des Dickdarms. — Im Gegensatze hierzu konnte im Befunde der übrigen Organe nicht gerade etwas direct für die Cholera Typisches gefunden werden. So bot die Niere makroskopisch nur unwesentliche Veränderungen, während mikroskopisch in einzelnen schon untersuchten Fällen trübe Schwellung der Harnepithelien bis zur Verlegung ihres Lumens constatirt werden konnte; auch Desquamation, hyaline Cylinder, Verfettung war selten Was ferner den Herzmuskel betrifft, so war die Trübung desselben nur für die Infectionskrankheit an sich sprechend, ebenso war das öfters angetroffene Lungenoedem nicht direct charakteristischer Befund. Dasselbe gilt von serösen Pneumonien, von Emphysem, wie sie namentlich bei Kindern durch Dyspnoe zu Stande kommen kann. In vielen Fällen fand sich chron. Gastritis mit Schwellung oder Atrophie oder als Gastroadenitis chronica. — In allen Fällen konnte Lunz die Cholerabacillen im Darm nachweisen, während Untersuchungen anderer Organe nach dieser Richtung negativ ausfielen. Nur das Bakterium coli wurde ausser im Darm auch im Lungenoedem gefunden, wie denn überhaupt dieser Spaltpilz in der That keine indifferente Rolle zu spielen scheint.

Herr von Oettingen sen. berichtet, dass Pirogow am Ende der 50-er Jahre am visceralen Theil des Cholera-Darms fast durchgängig eine durch ihre Abgebrochenheit eigenthümliche Injection vorfand, die er für diese Krankheit typisch hielt.

Herr Lunz will diesem Befunde nicht begegnet sein; ebenso fand er die von Herrn Jaesche betonte Abschilferung des Epithels durchaus nicht regelmässig vor.

Herr Ströhmberg vermisst ein näheres Eingehn auf den Darminhalt. Er glaubt, dass unzweifelhafte Cholerafälle vorkommen, wo die für diese Erkrankung charakteristischen Reiswasserstühle fehlen.

Herr Lunz fand Reiswasserstühle regelmässig in früheren Stadien vor, während sie in späteren fast durchgängig zu fehlen pflegten. Ob es sich hier um Galle oder zersetztes Blut gehandelt habe, vermag er nicht anzugeben.

Herr Ströhmberg berichtet kurz über einen in Woronja klinisch beobachteten Fall, wo es sich um starkes Erbrechen eines wasserähnlichen Mageninhalts gehandelt hatte. Bei der Section fand man den Darm leer, während der Magen mit Flüssigkeitsmassen angefüllt war, die man sonst eher für Darminhalt gehalten hätte.

Herr Graubner führt an, dass im Gegensatz zu den Ausführungen des Herrn Lunz ihm ein Fall bekannt sei, wo es sich geradezu um enorme Schwellung des follicularen Apparats im oberen Theile des Dünndarms gehandelt habe.

Herr Lunz möchte diesen Befund durchaus als Ausnahme hingestellt wissen.

Herr Kessler verliest den Rechenschaftsbericht über das verflossene Vereinsjahr. Aus demselben geht beiläufig hervor, dass es sich um 16 Sitzungen gehandelt hat. Ausser einem Ehrenmitgliede zählt die med. Gesellschaft 26 Mitglieder.

Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: das Directorium wird wiedergewählt, d. h. zum Präses: Herr Kessler zum Secretair: Herr Robert Koch, zum Cassaführer: Herr Meyer.

z. Z. Secretair: Dr. Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Weir-Mitchell empfiehlt bei schweren Fällen von Ischias die kranke Extremität völlig zu immobilisiren. Er gebraucht gewöhnlich eine Bandage aus Flanell, die vom Fuss bis über die Hüfte angelegt wird, oder aber er lagert das Bein in einer Schiene, auch elastische Binden können verwerthet werden. Im Allgemeinen dauert solch eine Behandlung einige Wochen. Gute Resultate hat M. von trockenen Schröpfköpfen gesehen. Centralbl. f. Therapie Nr. II. 1894)

— Coffeinchloral wird von Ewald (Berlin) zur subcutanen Anwendung in wässriger Lösung in Einzelgaben von 0,2—0,4 als zuverlässiges Mittel bei hartnäckigen Obstipationen empfohlen. Die Einspritzungen bewirken innerhalb weniger Stunden breiigen Stuhl. Die Injectionen sind schmerzlos, verursachen höchstens ein geringes Brennen an der Einstich-



stelle. Auch bei rheumatischen Beschwerden hat das Mittel Nachlass der Schmerzen und der Gelenkschwellung erzielt. Das Coffeinchloral wird von der chemischen Fabrik vormals E. Schering (in Berlin) in den Handel gebracht.

Centralbl. f. Therap. p. 117.

— Hugo Helbing macht darauf aufmerksam, dass die bei Behandlung der «erfrorenen Nase» üblichen Mittel, wie Einpinselung von Jodtinctur, Jodcollodium, Ergotin-Injectionen etc. nicht zum Ziele führen. Seit 5 Jahren behandelt H. die gerötheten Partien mit dem constanten Strom. Am besten legt man beide Pole an die Seitenflächen der Nase und lässt einen mässig starken Strom ca. 5—10 Minuten lang einwirken. Die Elektroden werden dabei langsam streichend hin und her bewegt, um sämmtliche Theile der Haut gut zu berühren und nicht an einer Stelle zu lange zu verweilen. Man verursacht auf diese Weise die geringsten Schmerzen. In den meisten Fällen genügten 5—8 Elemente einer gewöhnlichen constanten Batterie mit frischer Füllung. Ist ein Patient sehr empfindlich, so kann man die Anode auch am Os zygomaticum anlegen und mit der Katode beide Nasenseiten bestreichen. Die nächste Folge des Elektrisirens ist eine starke heftige Röthung der betroffenen Hautpartie, welche mehrere Stunden anhält. Schon nach einigen Sitzungen (2—3 mal wöchentlich) lässt die Röthe wesentlich nach, das lästige Brennen und Jucken hört auf. Therap. Monatsh. Nr. 1.

Vermischtes.

— Am 3. April hat der Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Richard Thoma, die Stätte seiner bisherigen Wirksamkeit verlassen, um nach Magdeburg überzusiedeln wohin vor ca. 2 Jahren ebenfalls ein Dorpater Professor, der Kliniker Dr. H. Unverricht, zog, um die Direction des dortigen allgemeinen Krankenhauses zu übernehmen. In Magdeburg wird Prof. Thoma an dem ihm dort zur Verfügung stehenden reichen Material seine wissenschaftliche Forschungen fortsetzen können, die sich in letzter Zeit hauptsächlich auf werthvolle Untersuchungen über den Blutumlauf in der Milz bezogen. In nächster Zeit erscheint auch in der von der Verlagshandlung Enke in Stuttgart herausgegebenen «Bibliothek des Arztes» der erste Band des Lehrbuchs der allgemeinen und speciellen Pathologie» von Prof. Thoma. Der betreffende Band behandelt die allgemeine Pathologie und ist mit vielen Abbildungen ausgestattet. Wie die «N. Dörptsche Ztg.» berichtet, gaben zahlreiche Collegen des Scheidenden demselben das Geleit und es hatte sich auch eine grosse Zahl von Studenten auf dem Bahnhof eingefunden, um sich von dem vorzüglichen Universitätslehrer zu verabschieden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Charcot ist Dr. Raymond von der Pariser medicinischen Facultät fast einstimmig gewählt worden.

— Am 2. April beging der ehemalige Professor der Veterinärkunde an der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Dr. N. W. Roshnow, das 25-jährige Jubiläum seiner Thätigkeit als gelehrter Secretär des Veterinär-Comités des Ministeriums des Innern.

— Dr. Const. Leplinski ist als Privatdocent für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Charkower Universität bestätigt worden.

— An Stelle des Professors Dr. Heubner, welcher als Nachfolger Prof. Henoch's nach Berlin berufen worden, soll Prof. Dr. Th. Escherich in Graz für den Lehrstuhl der Kinderheilkunde und als Director der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig in Aussicht genommen sein.

— Vor Kurzem feierte in Havre der dortige Arzt, Dr. Borsy seinen 100. Geburtstag. Er erfreut sich einer auffallenden körperlichen und geistigen Frische und ist noch als praktischer Arzt thätig. Sein Vater ist 108 Jahre alt geworden.

— Am 21. April begeht die älteste Kinderheilanstalt Russlands, das unter dem Protectorat I. K. H. der Grossfürstin Katharina Michailowna stehende hiesige Elisabeth-Kinderhospital, das 50-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Als Director und Oberarzt dieses Hospitals fungirt seit 1870 Geheimrath Dr. W. Reitz. Seit der Gründung bis 31. December 1893 sind in dieser Anstalt 14,451 Kinder stationär und 887,285 Kinder ambulatorisch behandelt worden.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar im Flecken Derashno (Podolien) der freipraktieirende Arzt Faustin Segawinski im 36. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhus-Kranken des Ortes inficirt hatte. Sämmtliche 10 Kranke genasen, nur ihr Arzt wurde ein Opfer der Krankheit. Obschon der Verstorbene eine ausgebreitete Praxis hatte, so hat er doch seine Frau mit zwei Kindern mittellos hinterlassen. 2) Auf der Staniza Brjuchowezkaja im Kubangebiet der freipraktieirende Arzt Nikolai Bogdanowitsch im Alter von 40 Jahren. 3) Im Flecken Pless (Gouv. Kostroma) der Landschaftsarzt Nikolai Uspensky, 37 Jahre alt. Der Hingeschiedene war seit 1883 als praktischer Arzt thätig. 4) In Lille der dortige Professor der Hygiene Dr. Arnould. 5) Am 19. März in Paris der Therapeut Dr. Jean Edward Juhel-Rénoy im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte sich grosse Verdienste erworben durch seine überzeugenden klinischen Beobachtungen über die Behandlung des Abdominaltyphus mit kaltem Wasser, welche dadurch mehr Anhänger unter den Aerzten fand.

— Der berühmte Hygieniker, Prof. v. Pettenkofer in München ist von der Warschauer Gesellschaft für Militär-Sanitätswesen zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Der Privatdocent an der Universität München, Dr. Ludwig Pfeiffer, ein Schüler Pettenkofers, hat einen Ruf als Professor der Hygiene in Rostock an Stelle des verstorbenen Prof. Uffelmann erhalten. Pf. ist seit 1887 Assistent an dem hygienischen Institut in München und hat sich durch zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiet der Hygiene hervorgethan. Seit Kurzem giebt er mit mehreren Münchener Aerzten die «Rundschau für Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel» heraus.

— Der bekannte Pariser Augenarzt, Dr. Galezowski, ist vom Schah von Persien zur Ausführung einer Operation bei einem Familiengliede des Schahs aufgefordert worden und bereits über Odessa nach Persien gereist. Wie es heisst, erhält G. für die Operation 5000 Pfd. Sterling (ca. 45,000 R. nach dem gegenwärtigen Course), bei freier Reise.

— Wie ein Odessaer Blatt mittheilt, ist Dr. Leonti Grigorjewitsch Berditschewski vom Bezirksgericht in Jelisawetgrad dafür, dass er sich, gegen die Verordnung vom 23. April 1893, einen christlichen Namen beigelegt hat, zu einer Strafzahlung von 15 Rbl. oder, im Falle der Zahlungsunfähigkeit, zu 3-tägigem Arrest verurtheilt worden.

(Russ. Med.)

— Ueber die Besetzung des Billroth'schen Lehrstuhls wird erst im Laufe des nächsten Semesters entschieden werden. Bis zur endgültigen Entscheidung wird der jüngst zum Professor ernannte Dr. v. Hacker die bisherige Billroth'sche Klinik leiten. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Privatdocent Dr. Jul. Hohenegg ist zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Wiener Universität ernannt worden.

— Die Societa freniatrica italiana hat die Professoren Benedikt (Wien) und Meschede (Königsberg), sowie den Warschauer Arzt Dr. Rothe zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Dr. Rudolf v. Gernet eröffnet in Hapsal eine Privatheilanstalt. Die Statuten derselben sind bereits vom Minister des Innern bestätigt worden.

— Das Project der Errichtung einer medicinischen Facultät an der Odessaer Universität soll im Ministerium der Volksaufklärung bereits ausgearbeitet und dem Finanzministerium zur Prüfung der nöthigen Ausgaben für den Unterhalt derselben zugestellt sein. Die Ausgaben sind auf 127,000 Rbl. jährlich veranschlagt; Die Baukosten für die Gebäude belaufen sich auf 600,000 Rbl., von denen 250,000 Rbl. seitens der Stadtverwaltung übernommen werden.

— Das militär-medicinische gelehrte Comité hat für das nächste Triennium zum verantwortlichen Redacteur des «Wojenno-Medizinski Journal» den Gefülfen des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Dr. A. J. Bjeljajew und zu Gehülfen desselben die Mitglieder des mil.-med. gelehrten Comités, Dr. W. J. Prisselkow und F. J. Piotrowski erwählt.

— Die Zeitschrift für Hygiene und Sanitätswesen «Ssanitarnoje Djelo» ist in andere Hände übergegangen und soll in nächster Zeit wieder erscheinen. Vom Jahrgange 1893 sind erst jetzt die № 37—42 erschienen.

— Die Frau des Militärarztes Sabello, welcher im Jahre 1892 unter einen Waggon der städtischen Eisenbahn in Kiew gerieth und an den Folgen der Verletzungen starb, hatte damals eine Entschädigungsklage gegen die Eisenbahnverwaltung anhängig gemacht, ging aber später auf einen gütlichen Vergleich ein, nach welchem die Eisenbahnverwaltung ihr einmalig 8500 R. zahlte. Neuerdings hat nun auch die Mutter des Verunglückten von der Eisenbahnverwaltung eine lebenslängliche Pension von 20 Rbl. monatlich gefordert, doch hat das Bezirksgericht ihr nur 10 R. monatlich, welche die Eisenbahngesellschaft bis zum Tode der Klägerin zahlen muss, zugesprochen.

— Wie verlautet, beabsichtigt die militär-medicinische Academie einen neuen Lehrstuhl für Infectionskrankheiten und Bakteriologie zu creiren.

— Der verstorbene Stabsarzt Makiewski hat seine Güter im Kreise Eupatoria, zu welchen ein Areal von 1652½ Dessjatinen gehört, der militär medicinischen Aca-



demie vermacht. Diese Güter werden auf Allerhöchsten Befehl in nächster Zeit verkauft werden.
(«Russk. Shisn» — «Russ. Mediz.»)

— Der hiesige Millionär Derwis hat, wie die «Russ. Wjed.» erfahren, 30,000 Rbl. zum Besten der künftigen weiblichen medicinischen Curse gespendet.

— Der Stifter einer der Preis-Medaillen für pharmaceutische Arbeiten an der Universität Juriew (Dorpat), der aus Mitau gebürtige Apotheker S. Kreslawski, ist jüngst in hohem Alter zu Tiflis gestorben und hat in seinem Testament die baltische Hochschule abermals mit einer reichen Stiftung von 10,000 Rbl. bedacht. (Evang. Sonntagsbl. — N. D. Ztg.)

— Wie vortheilhaft die Curpfuscherei bei uns ist, beweist wieder nachstehender Fall. Vor Kurzem wurde in Kiew bei einem aus Warschau stammenden früheren Grobschmied Romuald Guddat, welcher mit «wunderthätigen Pillen», die gegen fast alle Krankheiten helfen sollten, handelte, eine Haussuchung vorgenommen. Man fand bei ihm 3782 Briefe mit Bestellungen der Pillen, denen 11,807 Rbl. beigefügt worden waren. Als Besteller erwiesen sich nicht nur verschiedene Personen aus den intelligenten Klassen, darunter auch Geistliche, sondern sogar Apotheken und Apothekermagazine. G. ist schon öfters zur Verantwortung wegen seiner Kurpfuscherei gezogen worden, jedoch nur ein Mal mit 25 Rbl. bestraft worden, was ihn bei der Geringfügigkeit der Strafe schwerlich veranlassen konnte, sein vortheilhaftes Geschäft aufzugeben.
(Shisn i Isk. — Wr.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. April d. J. 6497 (63 weniger als in der Vorwoche), darunter 248 Typhus — (2 wen.), 799 Syphilis — (21 weniger), 50 Scharlach (11 mehr), 24 Diphtherie — (= Vorw.). 87 Masern — (5 wen.), und 14 Pockenkranke — (5 wenig.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Birsk (Gouv. Ufa). Gehalt 1000 R. jährlich. Adresse: «Бирская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Belebei (Gouv. Ufa). Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse. «Белебеевская Земская Управа».

3) In Krestzy (Gouv. Nowgorod) ist eine Arztstelle am Landschaftshospital (40 Betten) zum 1. Mai zu besetzen. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Предсѣдателю Управы А. П. Храповицкому».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. März bis 2. April 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
16	266	582	118	68	106	12	9	19	58	44	44	29	39	25	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 37, Scharlach 7, Diphtherie 15, Croup 7, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 12. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. Mai.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.



Wildbad (Württemberg). # Hôtel Klumpp **Wildbad** (Schwarzwald).

am Curplatz

gegenüber den **Kgl.** Badgebäuden und in unmittelbarer Nähe des Kgl. Parks.

◆◆ **2 hydraulische Personenaufzüge.** ◆◆

Grösstes Hôtel I. Ranges am Platze mit allen Einrichtungen der Neuzeit; sowie einer **reizenden Gartenanlage** über dem Enzbett zwischen d. Hôtels.

Ausgezeichnete Küche und Keller, sowie gute Bedienung.

Table d'hôte um 1 und 5 Uhr. — Restaurant (41) 2—1

Ermässigte Zimmerpreise für den Monat Mai bis Mitte Juni u. wieder für Septemb.

Das **WILDBAD** im württbg. Schwarzwald.

Von Pforzheim in einer Stunde.	Hauptsaison von Mai bis October.
Von Stuttgart in 3 Stunden mit der Eisenbahn erreichbar.	Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

Seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen chronischen u. acuten Rheumatismus und Gicht, Nerven- und Rückenmarksleiden. Ischias, Lähmungen aller Art, örtliche wie allgemeine Folgen von Verletzungen, chronische Leiden der Knochen u. Gelenke, chronische Verdauungsstörungen, Katarrhe der Luftwege, Harnbeschwerden, Frauenkrankh., Erschöpfung d. Kräfte etc.

Weitere Kurmittel: Dampf- und Heissluftbäder, schwed. Heilgymnastik, (System Dr. Zander), Electrotherapie, Massage in dem bekannten Prachtbau **«König-Karls-Bad»**. — Herrliche Tannenwälder und Waldwege, Kurkapelle, Theater und sonstige Vergnügungen aller Art, Jagd auf Hoch- und Niederwild, Fischerei. Comfortable Hotels und Privatwohnungen.

Prospecte und jede gewünschte Auskunft durch die

K. Badverwaltung oder das **Stadtschultheissenamt**.. (29) 3—2

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (23) 12—2

OSTSEEBAD SASSNITZ auf der Insel Rügen.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Comfortabel und doch billig. Umgeben von herrlichen Buchenwaldungen in meilenweiter Ausdehnung, geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin resp. Swinemünde. Die Dampfer, welche wöchentlich zweimal nach Dänemark und Schweden von Stettin resp. Swinemünde gehen, laufen in Sassnitz an. Post und Telegraph. Directe Bahn-Verbindung Berlin-Crampas-Sassnitz. Weitere Auskunft ertheilt gern

(42) 7—1 **Die Badeverwaltung.**

Dr. Heinr. Welsch in **Bad Kissingen** (Deutschland). (20) 6—6

Anwendung, Wirkung, Indicationen

d. **Kissinger Heilmittel** **ersch.** in III. Aufl.

Preis 1 Mk. = $45^{1}/_{2}$ Cop.

Verlag von **Weinberger** in **Bad Kissingen.**

Dr. Putzar's Sanatorium

Königsbrunn bei Königstein (sächsische Schweiz)

Wasserheil- und Kuranstalt. Elektro- und Mechanotherapie. Kohlensäure-Bäder (Pat. Lippert). Diät- und Mastkuren.

Das ganze Jahr besucht. * Mässige Preise. * Prospekte gratis.

(36) 6—2 **Besitzer: Dr. med. Putzar.**

Cur- u. Seebad PERNAU in Livland

Saison vom 20. Mai bis zum 31. August.

Nähere Auskünfte gratis und franco durch die **Badecommission.**

(25) 4—3

Verlag von **F. C. W. VOGEL** in Leipzig.

Soeben erschien: (38) 1—1

Klinisches Handbuch

der

Harn- und Sexualorgane.

Bearbeitet von

Privatdocent Dr. K. Benda in Berlin, Prosector Dr. R. Beneke in Braunschweig, Privatdocent Dr. E. Burckhard in Basel, Dr. Ebermann in St. Petersburg, Prof. Dr. J. Englisch in Wien, Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin, Dr. Feleki in Budapest, Dr. E. Hurry Fenwick in London, Privatdocent Dr. E. Finger in Wien, Dr. L. Goldstein in Aachen, Privatdocent Dr. E. Hoffmann in Greifswald, Dr. Horovitz in Wien, Prof. Dr. R. Freiherr von Krafft-Ebing in Wien, Prof. Dr. Lépine in Lyon, Dr. Georg Letzel in München, Oberstabsarzt Dr. v. Linstow in Göttingen, Prof. Dr. M. Litten in Berlin, Dr. C. Meyer in Dresden, Dr. F. M. Oberländer in Dresden, Prof. Dr. Pel in Amsterdam, Dr. A. Peyer in Zürich, Dr. J. Prior in Köln, Prof. Dr. Réczey in Budapest, Dr. E. Sehrwald in Freiburg, Prof. Dr. B. Solger in Greifswald, Prof. Dr. P. Strübing in Greifswald, Privatdoc. Dr. M. Zeissl in Wien.

Herausgegeben von

weil. Prof. Dr. **W. Zuelzer**,

redigirt von

Dr. **F. M. Oberländer** in Dresden.

4 Abtheilungen.

Zweite Abtheilung.

Lex. 8. 1894. Preis: 10 M., geb. 12 M.

Дозв. ценз. Спб. 9 Апрѣля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XI.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 16. (28.) April **1894**

Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig[1]).

Vortrag, gehalten den 12. Januar 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Bekanntlich gehören die motorischen Neurosen zu den der Therapie am schwersten zugänglichen Krankheiten. Unter diesen Neurosen zeichnet sich die Epilepsie durch besondere Hartnäckigkeit aus. Wie gross diese Hartnäckigkeit ist, können Sie am besten aus einem kleinen Referat einer Arbeit Hammonds[2]) über frühzeitige Behandlung der Epilepsie bei Kindern ersehen. Er räth nämlich die Epilepsie, nachdem sie verschwunden ist noch in Verlauf von 4 Jahren mit ziemlich grossen Dosen Brom (0,25—0,75 je nach dem Alter des Kindes) weiter zu behandeln und während weiterer zweier Jahre alle zwei — drei Monate die Cur 5—6 Wochen lang zu wiederholen. Und da ist noch die Rede von Epilepsie bei Kindern, die doch auch sonst eine bessere Prognose gestattet!

Darum ist auch jede Behandlungsmethode, die uns Erfolg verspricht, mit Freude zu begrüssen, besonders, wenn dieselbe von einem Autor wie Flechsig in Leipzig stammt.

«Die Methode besteht in einer Verbindung der längst in der Psychiatrie geübten consequenten Opium-Behandlung mit der Bromtherapie, dergestalt, dass zunächst ausschliesslich das Opium, später ausschliesslich das Brom in Anwendung kommt. Bei der Opium-Behandlung wird mit kleinen Dosen Pulv., bezw. Extract. Opii (2—3× 0,05 pro die) begonnen und allmählich gestiegen bis auf 1,0 pro die, ja noch höher in Dosen von 0,25—0,35. Nach ca. 6 Wochen wird das Opium plötzlich entzogen und dafür Brom sofort in grossen Dosen (ca. 7,5 pro die) eingesetzt. Nachdem diese grossen Bromdosen längere Zeit (ca. 2 Monate) gebraucht worden sind, wird allmählich herabgegangen bis auf 2 g. pro die». (Die völlige Entziehung hat Flechsig noch unterlassen.)

Professor Flechsig betrachtet die plötzliche Entziehung des Opiums unter Einsetzung des Brom als das Wesentlichste dieser Behandlung. Die Krampfanfälle hören in der Regel beim Einsetzen des Brom auf, hin und wieder bemerkte Flechsig eine Besserung schon während des Opiumgebrauches.

Professor Flechsig gelang es durch diese Methode solche Kranke zu heilen, die viele Jahre ohne jeglichen Erfolg behandelt wurden. In anderen Fällen, wo diese Methode keinen so sichtbaren Erfolg hatte, blieb diese Cur doch nicht ohne Nutzen für die Kranken.

Nachdem ich diese Mittheilung Flechsig's gelesen und mit dem Oberarzt Dr. Samelson darüber Rücksprache genommen hatte, behandelte ich fünf Epileptiker meiner Abtheilung nach dieser Methode, wobei ich Opium in etwas kleineren Dosen als Flechsig gebrauchte. Ich gab den Kranken mehrmals täglich in Verlauf eines Monats von 0,02—0,06 und stieg bis 0,24—0,36 täglich. Dann ging ich zu Brom über, welches ich täglich 3,75 —7,5 im Laufe von vier Wochen gebrauchen liess. Diese Dosen Brom verkleinerte ich allmählich bis auf 1,5 täglich um dann ganz aufzuhören. Gleichzeitig mit den Hospitalkranken behandelte ich vier Epileptiker meiner Privatpraxis auf dieselbe Weise.

Ich spreche hier nur von den Kranken, die noch einige Monate nach dieser Behandlung unter meiner Aufsicht blieben. Das Resultat dieser Behandlung war so befriedigend, dass, wie ich denke, sie auch in anderen Fällen angewandt zu werden verdient.

Von meinen neun Fällen erlaube ich mir Ihnen cursorisch folgende vier mitzutheilen:

1) M. G. S., 27 Jahre alt, Buchbinder, litt schon viele Jahre an epileptischen Anfällen, welche anfangs selten waren, aber dann öfter kamen und seinen psychischen Zustand so zerrütteten, dass er genöthigt war, in unserem Krankenhause Hülfe zu suchen. Nachdem sich sein Zustand gebessert hatte, verliess

[1]) Neurologisches Centralblatt, 1893 № 7, pag. 229.
[2]) Revue neurologique 1893 № 23, pag. 665.



er das Krankenhaus, musste aber schon den 12. December 1892 dasselbe wieder aufsuchen. Hier hatte ich Gelegenheit seine epileptischen Anfälle zu beobachten, welche häufig und langdauernd waren. Der Gebrauch von grossen Dosen Brom machte sie etwas seltener, da aber in Folge des eingetretenen Bromismus die Cur unterbrochen werden musste, so kehrten die Anfälle in derselben Stärke und Häufigkeit wieder.

Den 18. Mai 1893 fing er an Opium zu gebrauchen; er nahm dasselbe in obenbeschriebenen Dosen bis zum 18. Juni, darnach bekam er Brom in den obenerwähnten Dosen. Die Anfälle wurden schon während der Opium-Anwendung seltener und er hatte Anfälle nur den 24., 28. und 31. Mai, den 8., 12., 16. Juni 5., 8., 16. Juli, dann war der letzte Anfall den 13. August. Obwohl der Kranke noch bis zum 12. December im Krankenhause blieb, so wurden bei ihm Anfälle nicht mehr beobachtet. Bemerkenswerth ist es, dass nach dem Opiumgebrauch die Brompräparate bei ihm keine Bromerscheinungen mehr hervorriefen.

2. M. Sch., 28 Jahre alt, von mittlerem Wuchse und kräftigem Körperbau trat am 1. März 1893 in stark erregtem Zustande ins Spital ein; schimpfte, zerbrach und zerriss Alles, was ihr unter die Hände kam, auf ihr gestellte Fragen gab sie keine Antwort.

Alles was man von ihr erfahren konnte, war folgendes: Sie ist 28 Jahre alt, ist nur ca. sieben Wochen verheirathet. Nach dem Eintritt ins Krankenhaus, hatte sie tägliche epileptische Anfälle. Die gewöhnliche Therapie besserte zwar ihren Zustand, machte die Anfälle viel seltener, aber doch kamen sie, und nach denselben blieb die Kranke einen — zwei Tage deprimirt und dann wurde sie wieder stark aufgeregt, riss ihre Kleider, zerbrach Fensterscheiben u. s. w.

Den 18. Mai v. J. wurde die Kur nach Flechsig begonnen, und wurde wie im vorigen Falle einen Monat mit Opium behandelt. Während dieser Zeit hatte sie nur acht Anfälle und als wir den 19. Juni mit Brom anfingen, hörten die Anfälle mit einem Schlage auf und kehrten nicht wieder. Nur den 3. und 9. Juni und den 4. September erinnerte ihr Zustand, obwohl sie keine Anfälle hatte, doch an denjenigen, in welchem sie sich nach den epileptischen Anfällen zu befinden pflegte.

3. J. F. G., Idiot, 12 Jahre alt, von gutem Körperbau ohne jegliche Degenerationserscheinungen, wurde unserem Hospital durch das Kreisgericht vor 2 Jahren zugeschickt.

Hier hatte er öftere epileptische Anfälle und da ihm Medicin schwer beizubringen war, und dieslbe ausserdem keinen Erfolg zeigte, so wurde jegliche Behandlung unterlassen und nur den 18. Mai fing ich an ihm Opium zu geben, anfangs 0,015 und 0,02 und später 0,03 in Verlauf eines Monats und dann ging ich, wie in den zwei ersten Fällen, plötzlich zu Brom über, von welchem der Kranke 3,75 täglich erhielt. Seine Anfälle wurden seltener und kürzer, aber gänzlich hörten sie nicht auf.

4. G. P. K. 36 Jahre alt, von kleinem Wuchse, schwachem Körperbau, verheirathet, hat zwei Kinder. Er lernte als Kind gut, war früher Handelsmann, dann Aufseher bei den Arbeiten einer Eisenbahn.

Vor sechs Jahren stellten sich bei ihm ohne sichtliche Ursache epileptische Anfälle ein. Anfangs kamen sie alle sechs Wochen. Nach den Anfällen war er etwas stumpfsinnig und klagte über heftige Kopfschmerzen.

Vor 4 Jahren wurden die Anfälle häufiger und sein psychischer Zustand war ein solcher, dass er nicht mehr arbeiten konnte und Hülfe im Krankenhause suchen musste. In Verlauf von drei Jahren wurde er mit Brom, Phosphor und Eisen ohne sichtlichen Erfolg behandelt.

Den 18. Mai vorigen Jahres bekam er zusammen mit den übrigen Epileptikern Opium und da er schon früher Opium gebrauchte, so konnte ich ihm von vornherein grössere Dosen geben und stieg von 0 06 bis auf 0,5 täglich.

Schon während des Opiumgebrauchs waren Anfälle nur den 3. und 17. Juni. Ende Juni fing die Brombehandlung an und bis zum 3. September hatte er keinen einzigen Anfall. Den 15. September und den 2. October hatte er wieder Anfälle. Vom 18. October wurden die Anfälle wieder häufiger und vom 24. October bis jetzt sind Anfälle bei ihm nicht mehr beobachtet worden.

Gute Erfolge von der Flechsig'schen Methode theilte auch Stein[3]) auf der letzten Aerzte- und Naturforscher-Versammlung zu Nürnberg mit. Bei zwei seiner kranken Frauen hörten die Anfälle gänzlich auf beim Anfange des Bromgebrauches, bei einem dritten Kranken, einem Knaben, kehrten die Anfälle nach einer monatlichen Pause wieder, aber das Opium hatte bei ihm das bewirkt, dass er grosse Dosen Brom einnehmen konnte, wozu er früher nicht im Stande war.

Wie Opium in diesen Fällen wirkt, erklärt Flechsig nicht. Vielleicht könnte man das folgendermaassen erklären: Während der epileptischen Anfälle haben wir einen starken Blutandrang zum Gehirn in Folge einer Erweiterung seiner Gefässe, was durch die Untersuchung des Augenhintergrundes, die Professor Magnan[4]) anstellte, bewiesen wurde, und Opium bringt bekanntlich das Gegentheil hervor.

Diese Erklärung wäre richtig, wenn die Anfälle immer während des Opiumgebrauches aufhörten oder sich wenigstens besserten, was aber nur selten der Fall ist.

Vielleicht macht auch das Opium den Organismus gegen Brom weniger empfindlich und darum kann dasselbe in grösseren Dosen gebraucht werden, wie es auch Stein meint.

Aber wir wollen nicht nach Erklärungen suchen; wollen wir uns mit der Constatirung des Factums begnügen, dass durch die Flechsig'sche Methode die Epilepsie beseitigt, resp. gebessert werden kann.

Die Cholera-Epidemie von 1893 in Dorpat (Jurjew).

Ein in der Dorpater medicin. Gesellschaft gehaltener Vortrag.

Von

Dr. W. Kieseritzky.

Nachdem Ihnen auf der Sitzung am 20. October 1893 der Bericht[1]) der von Ihnen erwählten Commission vorgelegt ist und später über die nachfolgenden Erkrankungen auf den Sitzungen kurze Notizen gemacht sind, erlaube ich mir, Ihnen heute einen Ueberblick über die im vorigen Jahre abgelaufene Choleraepidemie zu erstatten. Ich will gleich bemerken, dass es mir nicht rathsam erschien, da die Epidemie eine sehr kleine war, Vergleiche mit andern Epidemien zu ziehen, mit Ausnahme der Dorpater Epidemie von 1871, nicht nur weil die absoluten Zahlen viel zu kleine sind, sondern auch andererseits die Epidemie eine localisirte war, und nicht, wie zu erwarten stand, auf andere Stadttheile übergriff, welche gleich ungünstige resp. gleich günstige Bedingungen für die Verbreitung der Cholerabacillen aufwiesen, wie der Bezirk im III. Stadttheil. Da im Berichte vom 20. October 1893 die Diagnose und Behandlung der Epidemie ausführlich behandelt worden, und neue Thatsachen nicht hinzugekommen sind, will ich Ihnen über die Morbilität und Mortalität der beobachteten Epidemie berichten.

Die Epidemie begann am 15. September und dauerte bis zum 18. November, im Ganzen etwas mehr als 9 Wochen. In dieser Zeit wurden in die Cholerabaracke resp. Hospital evacuirt und im Hause todt gefunden 97 Cholerakranke, es sind das die officiell angemeldeten und registrirten Fälle, während alle leichter Befallenen, Cholerinen, wie später in Erfahrung gebracht worden ist, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln der Anzeige entzogen wurden; ja selbst Schwerkranke wurden in Zimmern allein eingeschlossen oder heimlich auf's Land geschafft.

Es sind in der Bearbeitung in Folge dessen nur von den officiellen Aerzten als Cholerakranke diagnosticirte Fälle verwerthet worden, während alle später, nur nach Erzählungen von Angehörigen eruirten Fälle unberücksichtigt gelassen werden mussten, weil sonst das Material unzuverlässig geworden wäre.

Was den Stand der Erkrankten anbetrifft, so waren es durchweg Angehörige der schlecht situirten Arbeiter, Tagelöhner, ausnahmsweise etwas besser lebende Einwohner. Das grösste Contingent lieferte die esthnische Bevölkerung mit 84 Fällen, danach die dort wohnenden altgläubigen Russen mit 8 Fällen, 4 Juden und Einer deutscher Herkunft, aber sehr heruntergekommen. Von den 97 Erkrankten starben 69 und genasen 28 d. h. die Mortalität betrug in dieser Epidemie 71,1 pCt. und nur 28,9 pCt. Heilungen. Diese ungünstigen Procentverhältnisse werden nur dadurch erklärlich, dass eben die an Cholerine Erkrankten sich der Anmeldung und Behandlung entzogen, und nur die schwer Erkrankten zur Beobachtung kamen.

Auf die Einwohnerzahl, die nach der letzten Polizeizählung im Jahre 1891 für Dorpat auf ca. 40.000 angenommen werden kann, die Zahl der Erkrankten berechnet, ergiebt 0,24 oder 1/4 pCt. der Einwohner. (In der Epidemie von 1871 erkrankten

---

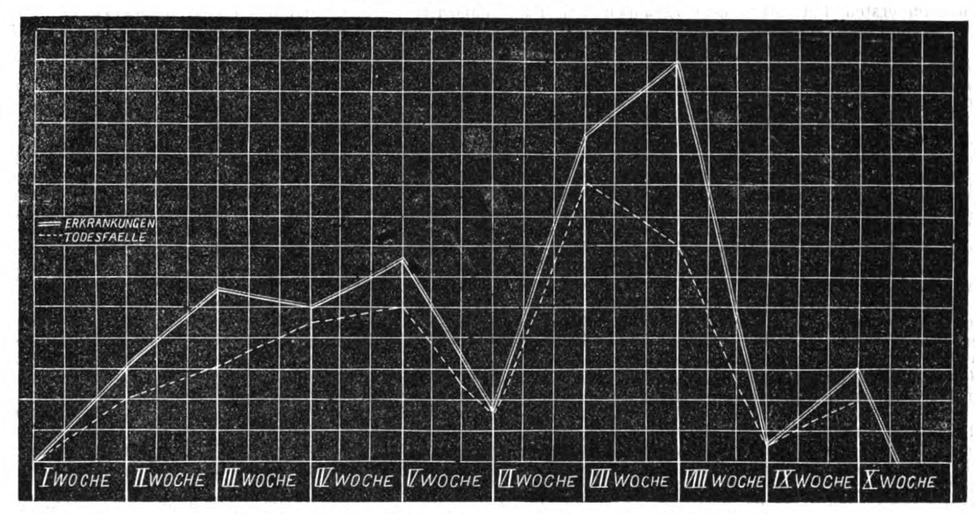
[3]) Revue neurologique 1893 № 23, pag. 669.

[4]) Leçons clinique sur les maladies mentales 1893, pag. 14.

[1]) cf. St. Pet. med. Wochenschrift № 44, 1893, p. 396.

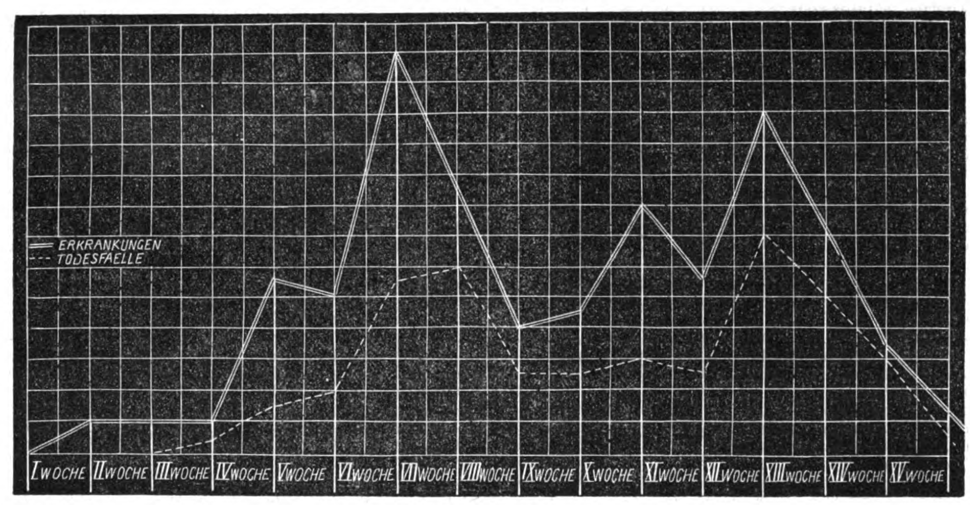
nach Weyrich[²]) 160 Personen einer Einwohnerschaft von 21,000, also ³/₄ pCt. Von den 160 Erkrankten starben 83 oder 52 pCt., entsprechend dem allgemein gültigen Durchschnitte). Nach dem Geschlechte erkrankten 45 männliche oder 46,4 pCt. und 52 weibliche oder 53,6 pCt. Von den 45 Erkrankten männlichen Geschlechtes starben 31 resp. 68,8 pCt. und genasen 14 resp. 31,2 pCt., während von 52 Erkrankten weiblichen Geschlechts 38 resp. 73 pCt. starben und 14 resp. 27 pCt. genasen. es weist demnach in dieser Epidemie das weibliche Geschlecht nicht nur eine höhere Morbilität, sondern auch eine höhere Mortalität, wie das männliche Geschlecht auf. Welche Ursachen dieses Verhältniss bedingen, lässt sich schwer erklä- 20,6 pCt. aller Erkrankungen, darauf des V. Decenniums mit 18,5 pCt., darauf folgen mit 14,4 pCt. das IV. Decennium und mit je 13,4 pCt. das II. und III. Decennium, während vom VI. Decennium eine allmählige Abnahme der Erkrankungsziffer eintrit. (In der Epidemie von 1871 erkrankten auch mehr weibliche als männliche Individuen, nur war die Mortalität bei letzteren eine grössere. Auch 1871 war das erste Decennium am stärksten ergriffen, darauf folgte das vierte Decennium und an dritter Stelle das fünfte Decennium). Die Summe der Erkrankungsziffer der vier ersten Decennien beträgt 61,8 pCt., beinahe das Doppelte der Erkrankungsziffer der vier letzten Decennien; es sind, abgesehen vom ersten De-

Wöchentliche Erkrankungen. 1893.



Beginn am 15. September. — Ende am 18. November.

Wöchentliche Erkrankungen 1871.



Beginn am 28. Juli. — Ende am 9. November.

ren, möglicherweise ist der Umstand maassgebend, dass die Männer als Tagelöhner den Tag über ausser Hause beschäftigt auswärts essen, in geringerem Grade einer Infection ausgesetzt sind, als die Weiber und kleinen Kinder, die den ganzen Tag zu Hause sind und öfter der Gelegenheit einer Infection, besonders durch den Genuss von ungekochtem Wasser, als wichtigster Infectionsquelle, ausgesetzt sind. Besonders in die Augen springend ist betreffs des Alters der Erkrankten die starke Betheiligung des ersten Lebens-Decenniums mit cennium, gerade die Lebensstufen besonders stark ergriffen, die sonst am widerstandsfähigsten gegen Infectionen sind. Die meisten Todesfälle finden sich im V. Decennium mit 18,9 pCt. der Gesammtzahl, darauf folgen mit je 15,9 pCt. das I. und IV. Decennium, im Ganzen liefern die vier ersten Decennien 56,4 pCt. aller Todesfälle und sind in Bezug auf Mortalität günstiger gestellt, als in Bezug auf Morbilität, da die vier letzten Decennien bei einer Morbilitätsziffer von 38,0 pCt. eine Mortalität von 43,4 pCt. aufweisen. Das ungünstigste Alter sowohl in Bezug auf Morbilität als auch Mortalität ist das V. Decennium in dieser Epidemie, und werden wohl ausser anderen auch sociale und körperliche Verhältnisse mitwirken, die bei dieser

[²]) Prof. Weyrich Dorp. med. Zeitschrift. Bd. 4—6 1873. p. 206 ff.



Epidemie kaum festgestellt werden können. Die hohe Morbilität und Mortalitätsziffer des ersten Decenniums erklärt sich leicht aus der geringen Widerstandsfähigkeit dieser Altersstufe. Dasselbe gilt für die höhern Lebensstufen: so sind im VI. Decennium von 9 Erkrankten 8 gestorben, im VII. Dec. von 5 Erkrankten 5 gestorben, im VIII. Decennium von 5 Erkrankten 4.

Was endlich das Verhältniss der Erkrankungsziffer des männlichen zum weiblichen Geschlechte betrifft, so ist mit Ausnahme des I.—VI. und VIII Decenniums das weibliche Geschlecht in der Morbilität stärker ergriffen, aber auch in der Mortalität ist nach den absoluten und relativen Zahlen das weibliche Geschlecht stärker in Mitleidenschaft gezogen.

Wenden wir uns jetzt zum Verlaufe der Epidemie, so haben wir, wie schon im ersten Berichte[3] hervorgehoben ist, den Beginn der Epidemie nicht feststellen können, sondern befinden uns am 15. September, wo die officielle Constatirung erfolgte, mitten in der Epidemie, wie die hohe Erkrankungsziffer der ersten Woche beweist. In der beifolgenden Tabelle I sind unten die täglichen Erkrankungen und oben die wöchentlichen Erkrankungsfälle und in gestrichelter Linie die Mortalitätsziffern eingetragen. Zum Vergleich finden Sie auch die graphische Darstellung der Epidemie von 1871 eingetragen[4]). Was die Curve betrifft, so steigt sie in den ersten zwei Wochen ziemlich schnell an, bleibt zwei Wochen ziemlich continuirlich, am Schlusse der zweiten Woche etwas ansteigend, erstes Maximum. In der fünften Woche fällt sie steil ab, um in der sechsten Woche ebenso schnell anzusteigen und in der siebenten Woche ihr zweites Maximum zu erreichen. Abweichend von anderen Epidemieen fehlt das continuirliche Stadium in dieser zweiten Periode und in der achten Woche fällt die Curve steil ab, um nach einer geringen Erhebung in der neunten Woche ganz abzufallen. Vergleichen wir beide Curven, so stimmen sie, bis auf einige Unterschiede in der Höhe der Curven, relativ gut überein, nur müssen wir beim Vergleich bei der Epidemie von 1871 mit der vierten Woche beginnen. Zwei Wochen ansteigend, zwei Wochen continuirliches Stadium. in der fünften Woche eine Remission, in der sechsten und siebenten Ansteigen der Curve, in der achten Remission im Jahre 1871 nur gering, 1893 sehr steil, fast auf 0, und darauf wieder ein Ansteigen. Die Unterschiede beziehen sich erstens auf die Höhen der Curven, die 1893 im zweiten Stadium sich befinden, während sie 1871 sich im ersten Stadium befinden, und zweitens im Fehlen des continuirlichen Stadiums in dem zweiten Stadium der Epidemie 1893. Das schnelle Abfallen der Epidemie nach dem zweiten Maximum müssen wir auf die vorgerückte Jahreszeit, d. h. auf klimatische Einflüsse, Kälte, zurückführen. Die höchste wöchentliche Erkrankungsziffer betrug 26 in der siebenten Woche, die höchste tägliche Erkrankungsziffer betrug 9 in der sechsten Woche am 28. Oct. Die Mortalitätscurve entspricht in ihrem Verlaufe im Ganzen der Erkrankungscurve, nur in der siebenten Woche tritt bei der Mortalitätscurve ein Abfall ein, während die Erkrankungscurve zum grössten Maximum ansteigt. Trotz des steilen Abfalles in der achten Woche decken sich im Beginn der neunten Woche beide Curven.

Vergleichen wir die Mortalitätscurven von 1871 und 1893 so stimmen sie im Ganzen gut überein, nur verläuft die Curve von 1871 nicht in so starken Sprüngen wie 1893. Endlich ist auch noch der Unterschied hervorzuheben, dass, worauf schon hingewiesen, die Mortalitätscurve in der VIII. Woche 1893 sinkt, während sie 1871 entsprechend dem Ansteigen der Morbilitätscurve sich gleichfalls erhebt.

An dieser Stelle will ich noch eines Umstandes erwähnen, der mir von Wichtigkeit zu sein scheint: die Zahl der todtgefundenen Choleraleichen, die von den officiellen Aerzten sei es durch Adspection, sei es durch eine Section als an Cholera verstorben diagnosticirt wurden; es wurde eine Section nicht gemacht, falls Angehörige derselben Familie an schwerer Cholera erkrankt ins Hospital übergeführt wurden. Als Leichen wurden aufgefunden 8 Personen, 4 männliche und 4 weibliche zu Hause von Collegen behandelt wurden 2 Personen, 1 männliche und 1 weibliche. Bringen wir die 8 Todtgefundenen von der Zahl der Gesammterkrankten in Abzug, so erhalten wir 89 an Cholera Erkrankte, von denen 61 starben oder 67,4 pCt. und zwar 41 männliche. oder 46 pCt. und 48 weibliche oder 54 pCt. Auch die hohe Zahl der Todtgefundenen spricht für die Bösartigkeit der Epidemie und das Bestreben der Bevölkerung, die Erkrankten der Ueberführung ins Cholerahospital zu entziehen. Eine Besprechung des Einflusses einer sachgemäss eingeleiteten Therapie auf die Abnahme der Mortalität glaube ich an dieser Stelle um so eher übergehen zu können, als der d. z. Leiter des Cholerahospitals Dr. Graubner ausführlichen Bericht erstatten wird.

Was die Ausbreitung der Epidemie betrifft, so blieb sie auf einen kleinen Bezirk im III. Stadttheile localisirt, der begrenzt wird vom Embach einerseits und von der Weiden-Neu-Rathhaus- und Quer-Strasse andererseits, wozu noch vereinzelte Häuser in der Annenhofschen, in der Wiesen-Strasse und Knorrings Holzplatz am Embach kommen. Im Ganzen sind in der Epidemie 19 Strassen der Stadt mit 42 Häusern inficirt gewesen. Von den 42 inficirten Häusern entfallen auf den eigentlichen Cholerabezirk 32 Häuser oder 76 pCt. Wir sind daher berechtigt, von einem Herde zu sprechen und die übrigen in der Stadt vorgekommenen Cholerafälle als sporadische aufzufassen, die wahrscheinlich direct oder indirect auf den eigentlichen Choleraherd oder auf Infection von der in der Nähe der Stadt herrschenden Cholera zurückzuführen sind, wo der Nachweis aber mit Sicherheit nicht zu führen ist. Ausgenommen müssen hier zwei Erkrankungen werden. die direct importirt wurden, beide aus Polen, Rathhaus-Str. 35 u. Malzmühlen-Kaserne und ein Fall im Hospital, wo eine Pflegerin erkrankte.

Während die Epidemie im Anfange sich mehr an den Lauf des Embachs hielt, zog sie sich später nach NO und localisirte sich hauptsächlich in der Neu-, Linden- und Weiden-Strasse. Im Verlaufe der Epidemie 1871 ist nach Weyrich[5]) der Unterjamasche Bezirk der zweitgrösste gewesen, es kamen in 17 Häusern 49 Cholerafälle vor. Am stärksten befallen war damals die Annenhofsche Strasse, nächstdem die Fortuna- und Neu-Strasse. Die Localisation ist insofern eine andere gewesen, als damals die Fortuna- und besonders die Annenhofsche Str. ergriffen waren, während im J. 1893 das Ende der Lang-, die Linden- und Neu-Str. ergriffen waren. Es wäre gewiss von Interesse gewesen, eine genaue Karte herzustellen, doch ist es mir trotz aller Bemühungen nicht gelungen, verschiedene Häuser, deren Besitzer gewechselt haben, auf ihre jetzige Strassennummer ausfindig zu machen. Was die Herdbildung in den einzelnen Häusern des Cholerabezirkes betrifft, so haben wir einige recht langdauernde Infectionsquellen, so Lang-Str. 46a $5^1/_2$ Wochen mit einem Intervalle von 3 Wochen zwischen vorletzter und letzter Erkrankung. Knorrings Holzplatz $5^1/_2$ Wochen, wo die zweite Erkrankung der ersten nach 11 Tagen folgt, während die dritte erst nach 23 Tagen auftritt, Langstrasse 43 mit 2 Erkrankungen, die fast nach einem Monat einander folgen. Lang-Str. 52 vier Erkrankungen, welche im Laufe eines Monates erfolgen mit einem Intervalle von 3 Wochen. Alle diese Intervalle können kaum auf neue Infectionen im Hause oder durch Geräthe bezogen werden. sondern da die Häuser am Flusse liegen und trotz aller Warnungen und der Möglichkeit gutes Trinkwasser unentgeltlich zu erhalten, von den Bewohnern stets Flusswasser benutzt wurde, müssen die Neuinfectionen auf dieses zurückgeführt werden. Auch das 3-wöchentliche Intervall zwischen zweiter und dritter Erkrankung in der Neu-Strasse 27 kann so erklärt werden, da die Bewohner Flusswasser benutzten. Anders liegen die Verhältnisse in der Linden-, Neu-, Wiesen- und Weiden-Str. Auch hier haben wir starke Hausheerde, in der Linden-Strasse Nr. 1 mit 8 Fällen, Neu-Strasse Nr. 36 mit 8 Fällen, Neu-Str. Nr. 18 mit 6 Fällen etc. aber die Intervalle zwischen den einzelnen Fällen sind kürzer, höchstens bis 8 Tage, so dass man directe Infection oder Infection durch Brunnenwasser, so lange die Brunnen nicht geschlossen waren, annehmen muss.

Ueber die Lebensweise der Bewohner, die hygienischen Verhältnisse des Bodens und der Häuser im inficirten Bezirke ist schon im ersten Berichte von Prof Körber Mittheilung gemacht worden, und glaube ich dem nichts hinzufügen zu müssen. Auch die Therapie der Epidemie und Desinfection ist ausführlich behandelt worden und bis zum Schlusse der Epidemie in derselben Weise gehandhabt worden. Wie Sie wohl wissen, haben auch wir am 21. Oct. einen Cholerakrawall gehabt, der gleich unterdrückt wurde, aber trotzdem schlechte Folgen hatte, vor Allem die Widersetzlichkeit gegen die Ueberführung ins Cholerahospital, verbunden mit der Verheimlichung von Kranken, und dann das Verstecken von Sachen, die in einem inficirten Zimmer sich befanden. Besonders letzterer Umstand muss bei einem event. Wiederausbruch auf jede Art vermieden werden.

Zum Schlusse will ich kurz auf die Erkrankungs- und Sterbeziffer der drei bisher in Dorpat beobachteten Choleraepidemieen[6]) zurückkommen. Im Jahre 1848 hatte Dorpat seine erste Choleraepidemie und erkrankten während derselben 1186 Personen, 1871 in der zweiten Choleraepidemie erkrankten 160, 1893 nur 90 Personen, es starben dagegen in der ersten Epidemie nur 384, das ist 32,3 pCt., in der zweiten 83 oder 51,9 pCt., in der dritten 69 oder 71,1 pCt., d. h. die erste Epidemie war die extensivste, zugleich mildeste, die zweite beschränkter, aber todtbringender, die kürzeste, geringste an Erkrankungen, dabei aber am verderblichsten, die dritte. Dabei war die Dauer der beiden ersten Epidemien eine gleiche vom August bis zum November, ca. fünfzehn Wochen. Was einen event. Wiederausbruch der Cholera in diesem Jahre betrifft, so lässt sich natürlich nichts Sicheres sagen, unmög-

[3]) cf. St. Petersb. med. Wochenschrift. Jahrg. 1893. № 44.
[4]) cf. Dorp. med. Zeitschrift IV 1873. Prof. Weyrich: Choleraepidemie zu Dorpat 1871 p. 193.

[5]) cf. l. c.
[6]) cf. Weyrich l. c. p. 287.



lich wäre es nicht nach den Temperaturverhältnissen, wie wir sie bis jetzt gehabt haben, und nach dem Verlaufe der Epidemie in Petersburg und anderen Gouvernements zu schliessen; andererseits sprechen die Erfahrungen der früheren Epidemien dafür, dass die Cholera bisher auch nur ein Jahr geherrscht hat und dann ganz erloschen ist, und in allen Epidemien bisher fast zu gleicher Zeit: Anfang bis Mitte November; sollte aber die Epidemie in diesem Jahre wieder auftreten, so müssen wir uns bei dem Auftreten der sporadischen Fälle in der ganzen Stadt zum Ende der Epidemie auf eine stärkere und länger dauernde Epidemie gefasst machen.

Als seltsame Zufälligkeiten will ich noch kurz erwähnen, dass gradatim die Erkrankungsziffer in jeder Epidemie abnimmt, umgekehrt aber in jeder Epidemie die Mortalitätsziffer wächst und zwar um 20: 1848—32,3 pCt. 1871—51,9 pCt. 1893—71,1 pCt. Endlich das Erscheinen der Epidemieen nach je ca. 23 Jahren. 1848 -1871—1893.

«Zur Frage der Priorität der operativen Behandlung hochgradiger Myopie».

Unter diesem Titel hat Herr Dr. V. Fukala-Pilsen in der Nr. 14 der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» einen Artikel veröffentlicht, in welchem er Bezug nimmt auf die Verhandlungen, welche sich an einen von Herrn Dr. Th. von Schröder-Petersburg auf dem V. livländischen Aerztetage am 2. Sept. 1893 gehaltenen Vortrag über die operative Behandlung der Myopie anschlossen.

Da Herr Dr. Fukala speciell in Folge einzelner von mir gemachter Aeusserungen sich zur Veröffentlichung jenes Artikels veranlasst sieht, so ersuche ich eine hochgeehrte Redaction in beregter Angelegenheit auch meinerseits in Nachstehendem einer Erläuterung Raum geben zu wollen:

Zum Schluss der Discussion, welche sich an den von Herrn Dr. Th. v. Schröder mit grosser Wärme und Ueberzeugungskraft gehaltenen, interessanten Vortrag knüpfte, hielt ich, obgleich ich persönlich, wie solches dem Herrn Vortragenden wohlbekannt war, dieser neuen Behandlungsmethode gegenüber vollste Sympathie entgegentrage, es aus objectiv sachlichen Gründen für Pflicht, in unserer Aerzteversammlung, zumal solches von anderer Seite bisher nicht geschehen war, auch dem Standpunkte der Gegner dieses Verfahrens, aus deren Zahl Mancher zu den hervorragendsten Ophthalmologen unserer Zeit gehöre, Ausdruck zu verleihen.

Nur ganz beiläufig führte ich bei dieser Gelegenheit an:

1) dass Herr Dr. Vacher schon vor Herrn Fukala in einer Reihe von Fällen die Linsenextraction bei progressiver Myopie ausgeführt habe und

2) dass, soweit mir solches bekannt, Herr Prof. Pflüger-Bern früher freilich das operative Vorgehen bei Myopie gepflogen, späterhin jedoch wiederum aufgegeben habe.

An letzteren Ausspruch knüpfte sich sofort eine lebhafte Discussion, die zu dem Resultat führte, dass Herr Prof. Pflüger nicht nur noch im Jahre zuvor auf dem Heidelberger Ophthalmologencongress (1892) in einem diesbezüglichen Vortrage mit Entschiedenheit für die frühzeitige Entfernung der Linse bei hochgradiger Myopie eingetreten (Herr Dr. v. Middendorff-Reval), sondern dass er noch gegenwärtig ein warmer Verfechter dieser Methode sei (Herr Dr. Th. v. Schröder), dass mithin die literarische Quelle, welcher jene Angabe entnommen, falsch unterrichtet sein müsse.

Was die Prioritätsfrage anlange, so glaubte Herr Dr. Th. v. Schröder mit Sicherheit behaupten zu können, dass Herr Dr. Vacher und Herr Dr. Fukala beide unabhängig von einander jene Methode geübt.

Soweit die Verhandlungen auf dem V. livländ. Aerztetage! Am 31. März a. c. erhielt ich aus Pilsen von Herrn Dr. Fukala ein privates ausführliches Schreiben, in welchem er in überzeugendster Weise den Nachweis lieferte, dass Herr Dr. Vacher thatsächlich die Extraction der durchsichtigen Linse um volle 2 Jahre später, als er (Fukala) ausgeführt habe, die Priorität der operativen Behandlung hochgradiger Myopie dürfe daher nicht, wie solches irrthümlicherweise, sei es «absichtlich oder unabsichtlich» von Seiten des Referenten des Nagel'schen Jahresberichts, auf welchen ich mich bezöge, geschehen sei, dem Herrn Dr. Vacher in Orleans zugeschrieben werden, da dieselbe ihm (Herrn Dr. Fukala in Pilsen) gebühre.

Unmittelbar nach Empfang dieses Briefes habe ich Herrn Dr. Fukala schriftlich meinen Dank für die sachliche Zurechtstellung meiner irrthümlichen Anschauung übermittelt, ihm gleichzeitig die Zusicherung gebend, dass ich es nicht unterlassen würde, durch Aufklärung jenes Irrthums ihm volle Genugthuung für die stattgehabte Unbill zu verschaffen.

Schon hatte ich die ersten Schritte, um diesem Versprechen Erfüllung zu geben, gethan, als ich der Nr. 14 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift vom 9. April d. J. entnahm, dass Herr Dr. Fukala gleichzeitig mit jenem privatim an mich gerichteten Briefe schon von sich aus an die Redaction gen. Wochenschrift einen Artikel zur Veröffentlichung gesandt hatte, welcher im Allgemeinen einen nahezu gleichlautenden Inhalt, wie das an mich gerichtete Schreiben besitzt, nur mit dem grossen Unterschiede, dass der literarischen Quelle, auf welche ich Bezug genommen, in jenem Artikel überhaupt nicht Erwähnung geschieht, so dass der Anschauung Raum gegeben wird, als ob jene während der Discussion von mir beiläufig gemachten Bemerkungen rein aus der Luft gegriffen wären.

Dass ich aber vollauf berechtigt war zu der nachträglich sich als irrthümlich erweisenden Anschauung dafür bürgt der Wortlaut der von mir angezogenen Quelle.

In dem «Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie», begründet von Prof. Dr. Albrecht Nagel, fortgesetzt und redigirt von Prof. Julius Michel heisst es im 1892 herausgegebenen Bande Seite 405 wörtlich: ad 1)

«Vacher hat schon vor Fukala bei hochgradiger Myopie «die Linse entfernt und zwar durch Extraction. Von 7 Fällen «weisen 3 schon gute Erfolge auf und die übrigen versprechen «solche. Verfasser empfiehlt das Verfahren als ein Mittel, die «chorioiditischen Processe aufzuhalten und Netzhautablösung «zu verhüten» und ad 2)

«Pflüger hat die Discission bei hochgradiger Myopie ver«sucht, macht sie aber nicht mehr».

Dorpat, d. 12. April 1894. Dr. med. H. Truhart-Dorpat.

Referate.

P. Bruns-Tübingen: Ueber den Gehverband bei Fracturen und Operationen an den unteren Extremitäten, nebst Beschreibung einer neuen Geh- und Lagerungsschiene. (Beitr. z. klin. Chir. X. 2. 1893, p. 499).

Die wichtigste Neuerung auf dem Gebiet der Fracturbehandlung ist das Bestreben, auch bei Brüchen an den unteren Extremitäten den Verletzten das Umhergehen während der Heilung zu ermöglichen.

Die ersten Constructionen solcher Gehverbände sind von Dombrowski, Reyher, Selenkow publicirt worden und von nicht schlechten Erfolgen begleitet gewesen. Desgleichen haben verschiedene deutsche Chirurgen, wie: Harbordt, Heusner, Krause, Korsch, Gehverbände verschiedener Modification in Anwendung gebracht.

Verf. hat nun eine Schiene construirt, die möglichst einfach und möglichst allgemein anwendbar ist. Sie ist als Geh- und Lagerungsschiene anwendbar, passt für beide Körperseiten und die verschiedensten Grössen — abgesehen von den Kindern. — Verf. giebt eine genaue Beschreibung und instructive Zeichnung dieser Schiene (Taf. IX). In aller Kürze referirt, besteht die Schiene aus 2 seitlichen Stahlröhren, die oben an einem Sitzring, unten an einem Steigbügel befestigt sind. Um eine Verlängerung oder Verkürzung zu bewerkstellen, ist unten der Steigbügeltheil in die Röhren des Sitzringtheiles eingelassen, kann beliebig hinein und herausgeschoben und durch Stellschrauben fixirt werden. Zum Gehen wird die Schiene so gestellt, dass der Steigbügel von der Fusssohle absteht, und der Fuss gegen den Steigbügel fixirt wird. Wird die Schiene zur Lagerung benutzt, so wird an den Steigbügel das Fussbrett gesteckt, an welchem eine T-Stütze, eine Extensionsrolle, ein Querbalken zur Suspension des Fusses angebracht werden können.

Verf. hat in 26 Fällen von Fracturen und Operationen an den unteren Extremitäten die Schiene in Anwendung gezogen.

Bei den Fracturen (15 Fälle) verfährt Bruns der Art, dass er, je nachdem am 2. bis 8. Tage, einen Gypsverband unmittelbar auf die rasirte und eingefettete Haut legt.

Darüber kommt die Schiene, mit der die Kranken meist schon vom ersten Tage auf einen Stock gestützt umhergingen, bei vollkommener Unempfindlichkeit der Bruchstelle beim Auftreten.

Was die Operationen anlangt, bei denen Verf. den Gehverband benutzte, so handelte es sich in 4 Fällen um Resectionen und Arthrectomien des Kniegelenkes, in 4 Fällen um einseitige und in 3 Fällen um doppelseitige Osteotomie des Femur wegen Genu valgum. — Die grösste Sorgfalt muss auf die Anlegung des ungepolsterten Gypsverbandes gegeben werden, um jedwede schädlichen Druck- und Schnürwirkungen zu vermeiden.

Die Vortheile eines solchen Gehverbandes sind wohl mannigfacher Art: die Callusbildung und Consolidation bei Fracturen, Resectionen und Osteotomien kommt im Gehverbande in viel kürzerer Frist zu Stande, als bei langdauernder Bettruhe; Oedeme, Muskelatrophie, Gelenksteifigkeit können ganz vermieden werden.



Die grösste Wohlthat für die Kranken ist aber darin gegeben, dass ihnen selbst nach schwereren Operationen und Verletzungen das Krankenlager erspart bleibt, vielmehr der Genuss frischer Luft und körperlicher Bewegung, sowie die Verrichtung leichter Geschäfte gestattet wird.

Es hat sich das Bild der chirurgischen Krankensäle mit Einführung der Gehschiene ganz wesentlich dadurch verändert, dass sich nunmehr viel mehr Kranke ausserhalb der Betten bewegen. Brackel.

Am 12. April dieses Jahres vollendeten sich 60 Jahre, seit Prof. Friedrich Bidder, der berühmte Physiologe, in Dorpat den Grad und Titel eines Doctors der Medicin erwarb. Entsprechend dem hohen Alter des ehemaligen Jubilars ist das seltene Jubiläum nicht mit all' den festlichen Ehrenbezeugungen begangen worden, welche vor 10 Jahren, zum 50-jährigen Doctorjubiläum Bidders dem hochverdienten Forscher erwiesen wurden. Damals hat unsere Wochenschrift (cf. Jahrgang 1884. p. 137, p. 146, p. 169) es nicht verfehlt, dem Jubilaren seine Glückwünsche auszusprechen und eine Biographie des Jubilaren nebst einer Beschreibung des Festes zu bringen. Wir können nur wiederholen, was wir damals auszusprechen uns gedrungen fühlten. Die Menschen und die Zeiten wechseln und wenn dieses Mal sich auch nur wenige Vertreter der Universität und der medicinischen Facultät zusammengefunden haben um Friedrich Bidder ihre unentwegte Verehrung zu bezeugen, so hat er selbst doch dafür gesorgt, dass sein Name nicht vergessen werde, so lange noch Denker und Forscher sich mit den Räthseln und Wundern des Lebens beschäftigen.

Vermischtes.

— Wir haben heute eine Trauernachricht zu bringen, die den meisten unserer Leser sehr nahe gehen wird.

In der Frühe des Palmsonntag, am 10. April d. J. verstarb in Dorpat (Jurjew) einer der bekanntesten und geliebtesten Lehrer der dortigen Hochschule, der Prof. der Physiologie Dr. med. Alexander Schmidt nach langen und schweren Leiden. Die Wirksamkeit, die der Verstorbene im Laufe seiner fast 30-jährigen Lehrthätigkeit entfaltete, beschränkt sich nicht auf seine wissenschaftlichen Forschungen, die ihm schon früh einen ehrenvollen Ruf in der wissenschaftlichen Welt eingetragen haben. Auch als Lehrer wird Schmidt unter den zahlreichen Jüngern der Alma mater Dorpatensis, die zu seinen Füssen gesessen haben, unvergessen bleiben.

Und als nun Al. Schmidt im Jahre 1885 durch das Vertrauen seiner Collegen als Primus inter pares zum Rector der Universität berufen wurde, zu deren hellsten Leuchten er gezählt hat, da fand er vollends Gelegenheit die Vielseitigkeit seines reichen Geistes und die Stetigkeit seines Chakraters zu bewähren.

Er war nicht nur ein trefflicher Lehrer, ein tiefdenkender Forscher, er war auch ein Mann, der mit seiner ganzen Persönlichkeit für die Interessen seiner von ihm heissgeliebten Hochschule einzutreten bereit war. Den Studenten war er nicht nur ein gerechter Vorgesetzter, sondern ein treuer Freund und Berather, der des freudigen Gehorsams und des hingebenden Vertrauens der academischen Jugend sicher war.

Eine ausführlichere Darstellung von Schmidt's Lebensgang und Thätigkeit bringen wir in der nächsten Nummer unseres Blattes.

— Prof. Grube in Charkow ist soweit hergestellt, dass er bereits seine chirurgische Klinik besuchen konnte, wo ihm von Seiten der Studenten und Angestellten der Klinik lebhafte Ovationen anlässlich seiner Genesung dargebracht wurden. Am 10. April hat G. sich zur völligen Wiederherstellung seiner Gesundheit in's Ausland begeben. Der zweite Professor der Chirurgie an der Charkower Universität wirkl. Staatsrath Dr. Sarubin, hat nach 35-jährigem Dienst seine Lehrthätigkeit aufgegeben.

— Prof. Dr. E. v. Bergmann in Berlin ist der Kgl. Bayerische Verdienstorden vom heiligen Michael II. Classe mit dem Stern verliehen worden.

— Am 9. April veranstalteten die Aerzte und Beamten des städtischen Roshdestwenski Baracken-Lazareths und der damit verbundenen Schule zur Ausbildung von Feldscherinnen ein Diner zu Ehren ihres scheidenden Directors, des Ehren-Leibmedicus Dr. Joseph Berteuson. Bei dieser Gelegenheit wurde ihm als Andenken seitens der Aerzte des Hospitals eine photographische Gruppe derselben in einem kostbaren Rahmen überreicht.

— Am 4 April verabschiedete sich der Professor der Syphilidologie an der militär-medicinischen [Academie, Dr. B. M. Tarnowski, welcher nach mehr als 30-jährigem Dienst in den Ruhestand tritt, von seinen Zuhörern. Er erhielt von seinen Schülern eine Adresse, die mit zahlreichen Unterschriften bedeckt war.

— Am 4. April beging der Prof. extraord. der Kinderheilkunde an der Moskauer Universität, Dr. N. F. Filatow, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Moskauer Gesellschaft der Kinderärzte, deren Präsident der Jubilar derzeit ist, sowie die Gesellschaft der Kinderärzte in St. Setersburg haben ihn zum Ehrenmitgliede erwählt. Ausserdem erhielt er an diesem Tage ein Album mit Photographien von den Aerzten und Adressen von Studenten und den Feldscherinnen.

— Mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie haben sich die DDr. Müller, N. K. Tschermak und D. D. Popow als Privatdocenten an der genannten Academie habilitirt, und zwar die beiden Erstgenannten für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, der dritte für Histologie und Embryologie.

— Verstorben: 1) Am 7. April in St. Petersburg der Corpsarzt des I. Armeecorps, Geheimrath Dr. Carl Iskerski, im 66. Lebensjahre am Herzschlage. Der Hingeschiedene stammte aus Wolhynien und hatte seine medicinische Ausbildung in Kiew erhalten, wo er 1849 den Arztgrad mit Auszeichnung und 1854 die Doctorwürde erlangte. Seine ganze Dienstzeit hat er als Militärarzt verbracht und in dieser Eigenschaft an der Vertheidigung Sewastopols und am letzten türkischen Feldzuge 1877/78 theilgenommen. In dem letztgenannten Kriege fungirte er als Gehülfe des Medicinalinspectors im Rücken der activen Armee. Nach Beendigung des Feldzuges wurde er zum Corpsarzt des 8. Armeecorps und vor 5 Jahren zum Corpsarzt des I. Armeecorps ernannt. Dr. Iskerski gehörte zu den tüchtigsten und begabtesten Aerzten der russischen Armee und erfreute sich allgemeiner Achtung und Liebe sowohl bei seinen Vorgesetzten als auch bei seinen Collegen, Dienstgenossen und Untergebenen. Seine Verdienste um die Verbesserung des Militär-Sanitätswesens werden allgemein anerkannt. 2) Am 8. April in St. Petersburg der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Nilus Ssokolow, im 48. Lebensjahre. Er wurde am Morgen in seinem Schlafzimmer todt gefunden; ein Herzschlag hatte seinem Leben ein Ziel gesetzt. Der Verstorbene war ein Schüler der medico chirurgischen Academie. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1870 setzte er behufs weiterer Vervollkommnung seine Studien im Auslande fort und fungirte nach seiner Rückkehr mehrere Jahre als Assistent des verst. Prof. Botkin an dessen Klinik. Auf Prof. Botkin's Empfehlung erhielt er sodann, als das von der Stadt neugegründete Baracken-Hospital für acute und infectiöse Krankheiten, welches jetzt zum Andenken an Prof. Botkin dessen Namen trägt, eröffnet wurde, die Oberarztstelle an dem genannten Hospital, welche er bis zum vorigen Jahre inne hatte, wo er zum Nachfolger Prof. Manassein's auf dem Lehrstuhl der klinischen Propädeutik gewählt wurde. Neben seiner klinischen Thätigkeit hatte S. eine ausgebreitete Privatpraxis. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen, so auch als Redacteur der von Prof. Botkin gegründeten «Bolnitschnaja Gaseta» (Hospitalzeitung). 3) Am 31. März in Kiew der freiprakticirende Arzt A. G. Borjakowski im 36. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene beschäftigte sich speciell mit Geburtshülfe und Gynäkologie und hat mehrere beachtenswerthe Arbeiten auf diesen Gebieten veröffentlicht. Er war auch Secretär der Kiewer gynäkologischen Gesellschaft. 4) Am 9. März in Poltawa der ältere Ordinator am örtlichen Landschaftshospital, Marian Kultschitzky im Alter von 52 Jahren am Schlage. Nach Absolvirung des Cursus in Kiew im Jahre 1884 trat er sofort als Ordinator in das damalige Poltawasche Hospital des Collegiums der allgemeinen Fürsorge (das jetzige Landschaftshospital) ein, an welchem er somit 30 Jahre thätig gewesen ist. 5) In Kiew der freiprakticirende Arzt Benedikt Mandelstamm im 40. Lebensjahre an Blutvergiftung. Der Verstorbene hatte im Jahre 1875 den Cursus absolvirt und nachdem er darauf im letzten türkischen Feldzuge kurze Zeit als Militärarzt fungirt, sich im Auslande speciell in der Laryngologie und Ohrenheilkunde ausgebildet. 6) In Augsburg am 6. April im 73. Lebensjahre Dr. Georg Joseph Agatz, welcher als Verfasser des zu der Pitha-Billroth'schen Chirurgie gehörigen Atlas der Chirurgie sich einen Namen gemacht hat. 7) Am 5. April zu Nieheim in Westphalen der als Dichter bekannte Arzt, Geh. Sanitätsrath Dr. Friedrich Wilh. Weber, im 80. Lebensjahre. Er ist der Verfasser von «Dreizehnlinden», «Goliath» etc.

— Ernannt: der ältere Arzt des 19. Reserve-Infant.-Reg. Dr. med. und Accoucheur, Colleg.-Rath Ornatski — zum Gehülfen des Archangelschen Gouvernements-Medicinalinspectors.

— Der Berliner Verein für innere Medicin hat in seiner Generalversammlung Prof. Leyden zum ersten Vorsitzenden, Prof. Gerhardt zum zweiten Vorsitzenden, sowie Prof. Alb. Fränkel und Dr. Orthmann zu stellvertretenden Vorsitzenden wiedergewählt.

— Auf dem Grabe des im vorigen Jahre hierselbst verstorbenen Dr. Carl Reyher wird in nächster Zeit eine Bronze-Büste desselben aufgestellt werden.



— Nach amtlichen Nachrichten wurden am 25. März in zwei Dörfern des Kreises Kamenez-Podolsk (Gouv. Podolien) und im Flecken Prshissuche Gouvernement Radom choleraverdächtige Erkrankungen constatirt. In den beiden Dörfern starben bis zum 13. April 13 Personen und in dem Flecken erkrankten bis zum 31. März 9 Personen und starben 3 von ihnen.

— Zu dem vom 14—16. Mai d. J. (n. St.) in Breslau stattfindenden IV. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sind bisher folgende Referate, Vorträge und Demonstationen angemeldet:

Hauptthemata:

1) Die modernen Systematisirungsversuche in der Dermatologie. Referent: Kaposi (Wien). Discussion: Schwimmer (Pest).

2) Der augenblickliche Stand der Dermatomycosenlehre. Referent: Pick (Prag). Demonstration von Culturen: Winternitz. Kroesing.

Ferner sind angemeldet: Vorträge und Demonstrationen über Gonorrhoe, Endoskopie, etc. von Grünfeld, Jacobi, Jadassohn, Koch, Kollmann, Loewenhardt, Lohnstein, A. Neisser, Putzler, Schäffer, Steinschneider, etc.

Dermatologische Vorträge: Caspary: (Erythema exsudativum), Doutrelepont (Zur Hauttuberculose), Friedheim (Einwirkung von Säuren auf die Haut) van Hoorn (Thema vorbehalten), Joseph (Ungewöhnliche Ichthyosisformen), Lasch (Urticaria factitia), Ledermann (Resorbin), Lesser (Herpes Zoster), Mracek (Aetiologie der toxischen Erytheme), Neuberger (Lichen ruber), Riehl (Hauttuberculose), Rosenthal (Blasenbildende Affect. der Mundschleimhaut), Saalfeld (Phaneroscopie und Glasdruck), Schwimmer (hysterische Hautgrangrän), von Sehlen (Eczem und Schleimhauterkrankung), Staub (Erythromelalgie; Therapie der Hautactinomycose), Winternitz (Allgemeinwirkung hautreizender Stoffe).

Syphilidologische Vorträge und Demonstrationen: Block (Bubonenbehandlung), Lues und Tuberculose (Hochsinger, Jadassohn, A. Neisser), Marschalko (Spätlues), J. Neumann (Syphilis der Speicheldrüsen).

Dermatologische Vorträge mit Demonstrationen: Arning (visc. Lepra), Dreysel und Oppler (Eleidin). Ehrmann (Lymphgefässe der männlichen Genitalien), Fabry (Urticaria pigmentosa), Galewski (Lepröse Trophoneurose), Halle (Hautmodelle), Kroesing (Zur Lupusbehandlung), Mikulicz (Angiombehandlung), Münchheimer (Herpes zoster), A. Neisser (Molluscum contagiosum). Ruffer (Carcinom-Psorospermien), Touton (Molluscum contagiosum).

Krankendemonstrationen von Chotzen, Jadassohn, A. Neisser.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. April d. J. 6372 (125 weniger als in der Vorwoche), darunter 245 Typhus — (3 wen.), 50 Scharlach (= Vorw.), 21 Diphtherie — (3 wenig.), 114 Masern — (27 mehr), und 12 Pockenkranke — (2 wenig.).

Vacanzen.

1) Im Mohilew'schen Gouvernement sind 3 Stadtarztstellen in den Städten Tschaussy, Tscherikow und Gorki mit einem Gehalt von 600 Rbl. jährlich und im Kreise Mohilew zwei Dorfarztstellen mit 920 R. jährlich Gehalt vacant. Die Gesuche sind an den Mohilew-schen Gouverneur zu richten.

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Jelnja (Gouv. Smolensk). Gehalt 800 Rbl. Quartiergeld 200 Rbl. und zu Kanzleiausgaben 10 Rbl. jährlich. Adresse: «Ельнинская Земская Управа».

3) Im Gouvernement Wolhynien sind 5 Dorfarztstellen zu besetzen. Gesuche sind an den Gouverneur zu richten.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. April 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
325	273	598	112	76	119	15	5	18	43	61	41	42	35	23	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 13, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 43, Scharlach 7, Diphtherie 19, Croup 2, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 39, Todtgeborene 24.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 26. April.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. Mai.

Aus Bädern und Heilanstalten.

Paderborn. Unser benachbartes Inselbad, dessen Director Dr. Brügelmann sich seit den letzten Jahren ausschliesslich mit der Erforschung des Asthmas beschäftigt und grosse Anerkennung geerntet hat, ist nunmehr lediglich als Specialanstalt für Asthma und verwandte Zustände eingerichtet worden und ist somit das erste unserer modernen Sanatorien, welches sich in den Dienst dieser Krankheiten stellt.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Amalie Schulze, Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.

Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. 8. просп., д. 5. кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскiй пр.. 32/34, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 15 Апрѣля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XI. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, 23. April (5. Mai) **1894**

Zur Casuistik der Carbolgangrän.

Von

Dr. med. F. Paulson.

Noworossiisk.

Die Carbolsäure, welche als vorzügliches Antisepticum seit einem Viertel-Jahrhundert in der chirurgischen Praxis im Gebrauch ist, ist mit der Zeit so bekannt und beliebt geworden, dass man dieselbe jetzt fast in jedem Hause vorräthig finden kann. Die wässrigen Lösungen werden ja im Handverkauf in jeder Apotheke verabfolgt und selbst die concentrirte Säure ist in den Droguenhandlungen fast für Jedermann käuflich. Dem entsprechend sind aber auch die üblen Folgen eines so stark wirkenden Mittels sehr häufig. Eczeme, Aetzungen, sogar schwere Vergiftungen sind gewöhnliche Vorkommnisse nach unzweckmässiger Anwendung der Carbolsäure.

Die Thatsache, dass die Carbolsäure Eiweiss coagulirt und auf die Blutkörperchen vernichtend einwirkt[1]) ist ja eine allbekannte; auch die Wirkung der Carbolsäure auf das lebende Blut in den Gefässen ist durch die Untersuchungen Hueter's[2]) und Pruddens[3]) festgestellt worden. Diese Autoren constatirten am Mesenterium und der Zunge von Fröschen, dass die Blutkörperchen an den Stellen der Gefässwandungen, auf welche die Carbolsaure einwirkt, haften bleiben nnd bald zerfallen; andere Blutkörperchen folgen dem Schicksal der ersteren und allmählig wird das ganze Gefäss verschlossen. Der Process geht langsamer oder rascher vor sich, je nach der Concentration der Lösung. Bereits bei 1/8 pCt. Lösung ist eine Einwirkung auf die Blutkörperchen zu bemerken.

Neuerdings hat Frankenburger[4]) an Thierexperimenten gezeigt, dass die Carbolsäure, selbst in schwacher Lösung auch durch die unverletzte Haut hindurch dieselbe Wirkung auf das Blut hervorzubringen im Stande ist. Die Experimente wurden an Katzen und Kaninchen ausgeführt und zwar wurde in der Weise verfahren, dass auf je 2 in der Lage correspondirende rasirte Hautstellen mit Carbollösung mässig durchtränkte Gazeläppchen aufgelegt und feucht gehalten wurden. Nach je einer halben Stunde wurde ein Versuch abgebrochen, indem das eine Hautstück excidirt wurde behufs mikroskopischer Untersuchung, während das symmetrische zur Beobachtung des weiteren Verlaufes stehen blieb.

In den mikroskopischen Schnitten zeigte es sich, dass jedes Mal eine Thrombose der Gefässe eingetreten war, und dass, je nach der Dauer des Versuches, immer mehr und immer grössere Gefässe verschlossen waren. An den Controllstücken aber war in allen Fällen die Haut, der Dauer des Versuches entsprechend, verschieden tief mumificirt.

Es handelte sich also jedes Mal um den trockenen Brand, welcher als die directe Folge der durch die Carbolsäure verursachten Thrombose der Gefässe aufgefasst werden muss. In wie weit dabei auch die trophischen Nerven mit in Action treten, ist bisher noch nicht festgestellt.

Es liegt nun auf der Hand, dass bei einer dauernden Anwendung der Carbolsäure in Form von Verbänden oder Umschlägen beim Menschen ebenso, wie es Frankenburger an Thieren gezeigt hat, die Gangrän eintreten muss. Auffallender Weise sind aber, wenigstens soweit ich die Literatur übersehen kann, bisher verhältnissmässig wenig solcher Fälle publicirt worden. Frankenburger[5]) hat nur 11 Fälle angeführt, während Stein-

[1]) P. Huels. Wirkung der Carbolsäure auf rothe Froschblutkörperchen. J. D. Greifswald 1872.

[2]) C. Hueter. Mittheilungen über globulöse Stase und globulöse Embolie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 4. Heft 2, 3, 4.

[3]) T. M. Prudden. On the action of Carbolic Acid upon ciliated Cells and white Blood Cells. The Americ. Journ. of the medical Sciences. New Ser. CLXI January 1881.

[4]) A. Frankenburger. Ueber Carbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen. I. Diss. Nürnberg 1891.

[5]) l. c.



hausen[6]) 20 Fälle gesammelt hat, von denen übrigens 5 bereits in der Frankenburger'schen Arbeit mitgetheilt sind.

In Anbetracht des grossen Schadens, der durch die in bester Absicht angewandte Carbolsäure hervorgerufen werden kann, und des Umstandes, dass noch immer selbst von Aerzten die Carbolsäure zu Verbandzwecken verschrieben wird, scheint es mir nicht unberechtigt, wenn ich 4 Fälle von Carbolgangrän veröffentliche, welche ich zu beobachten Gelegenheit gehabt habe.

Fall 1. Jelena Obrubko 4 a. n. hat sich nach Angaben der Mutter am 6. Februar 1891 früh des Morgens einen Holzsplitter in die linke grosse Zehe gestossen. Der Splitter ist sofort entfernt worden und die Zehe mit in «Carbolwasser» getränkten Compressen umwickelt worden. Dieselben wurden, weil das Kind über Schmerzen klagte, viertelstündlich gewechselt. In der Nacht war Patientin sehr unruhig und hat «trotz beständigem Feuchthalten der Umschläge» viel über Schmerzen geklagt. Erst gegen Morgen beruhigte sich das Kind. Um Mittagszeit bemerkte die Mutter bei Abnehmen der Compressen, dass «die Haut der grossen Zehe theils ganz weiss und gefühllos, theils roth und stark geschwollen» war.

Am 8. Febr., also 2 mal 24 Stunden nach der Verletzung wurde das Kind mir vorgestellt.

Das Mädchen ist für ihr Alter sehr klein und sehr zart gebaut; Panniculus adiposus schwach entwickelt, die Hautfarbe blass gelblich. Am Herzen und den Lungen nichts Pathologisches nachweisbar. Die obere Milzgrenze in der mittleren Axillarlinie an dem unteren Rande der 7. Rippe. Der untere Rand 3 Finger breit unter dem Rippenbogen und der vordere 2 Finger breit links von der Medianlinie palpabel. — Das Kind hat lange an Malaria gelitten. — Lebergrenzen normal. Die Haut über der Endphalanx der linken grossen Zehe dunkel verfärbt, trocken und hart. Der Nagel am medianen Rande abgehoben. Die Weichtheile der ersten Phalanx stark geschwollen und geröthet. Unter feucht-warmen Einpackungen löste sich im Laufe einer Woche die Endphalanx so weit ab, dass sie leicht entfernt werden konnte; das schwärzlich verfärbte Köpfchen der I. Phalanx wird amputirt und in weiteren 14 Tagen war die Wundfläche vernarbt.

Fall 2. Peter Otitschi 1½ a. n. wurde mir am 6. Mai 1892 vorgestellt. Nach Angaben seiner Mutter ist er eine Woche vorher mit der Unterlippe auf die Kante einer Bank gefallen und hat sich dabei eine kleine, aber recht stark blutende Wunde am Lippenroth zugezogen. Der sofort um Rath gefragte Arzt hat eine Salbe verschrieben (Rp. Acidi carbol. conc. 2,0, Ung. glycerini 40,0, Aq. rosarum 10,0) mit der Verordnung die Wunde sorgfältigst mit einem mit dieser Salbe bestrichenen Läppchen verdeckt zu halten. Die Mutter hat, um dieser Anordnung möglichst gerecht zu werden, die ganze Lippe von innen, sowie von aussen beständig bedeckt gehalten.

Am anderen Tage hat sie aber starke Schwellung und weissliche Verfärbung der Lippe bemerkt und daher die Läppchen dicker bestrichen und häufiger erneuert. Am dritten Tage ist die Haut bräunlich verfärbt und in Blasen abgehoben gewesen. In den nächsten Tagen ist die Lippe allmählig dünner und schwarz geworden, hat sich lederartig angefühlt und begonnen sich an den Seiten theilweise zu lösen. Die abgestorbenen Fetzen hat die Mutter mit der Scheere entfernt.

Das kräftige, wohlgenährte Kind hat einen Defect der ganzen Unterlippe, so dass Zähne und Zahnfleisch des Unterkiefers völlig unbedeckt hervortreten. An den nur wenig infiltrirten, gerötheten Rändern hängen noch einige schwarze Fetzen mumificirten Gewebes. Stellenweise ist beginnende Granulation bemerkbar.

Der Vorschlag, den Defect plastisch zu schliessen wurde nicht angenommen, und ich habe das Kind nicht weiter zu Gesicht bekommen, da es nicht am Ort ansässig ist.

Fall 3. Pawel Panobratow 54 a. n. Zimmermann, am 5. Oct. 1892 im Krankenhaus der Cement-Fabrik aufgenommen, giebt an, er habe sich vor 4 Tagen mit dem Hammer auf den 5. Finger der linken Hand geschlagen. Der Nagel sei dunkel blau geworden und neben demselben habe sich eine Blutblase gebildet. Ein Feldscher habe ihm Carbolwasser-Compressen verordnet. Bald nach Application derselben seien sehr heftige Schmerzen eingetreten, die aber nach einigen Stunden, nachdem Pat. die Compressen häufiger befeuchtet, wieder nachgelassen haben. Da aber die ganze Hand, besonders der Rücken derselben am nächsten Tage beträchtlich geschwollen gewesen, so seien die Compressen bis an den Ellbogen hinauf angelegt worden. Am 3. Tage nach der Verletzung sei der kleine Finger und die Spitze des Ringfingers dunkel gefärbt gewesen und auch die Hand und der Unterarm haben bräunliche, gefühllose Flecken bekommen.

Patient ist mittelgross, von kräftigem Körperbau, in seiner Ernährung mässig reducirt. Ueber den Lungen sonorer Percussionsschall, Vesiculärathmen, vereinzelte Rhonchi. Herzgrenzen normal, Herztöne etwas rauh. Arter. radial. leicht geschlängelt. Pulsus durus et tardus. An den Unterleibsorganen nichts Pathologisches nachweisbar. Der Umfang des linken Unterarmes im Verhältniss zu dem des rechten vergrössert. An der Volar- sowie der Dorsalfläche des Unterarmes grosse graubraune Partien, welche durch eine bläulich rothe Linie von der Umgebung abgegrenzt werden. Die geschwollene nicht nekrotische Haut ragt über die nekrotische um ein Bedeutendes hervor. Die Haut fast des ganzen Handrückens nekrotisch. Die End- und Mittelphalanx des kleinen, sowie die Endphalanx des Ringfingers schwarz, verdünnt und trocken. Eine tiefe Furche trennt das Brandige von dem nur wenig geschwollenen gerötheten lebenden Gewebe ab.

In die gangränösen Hauttheile am Unterarm und Handrücken werden tiefe Incisionen bis auf's gesunde Gewebe gemacht und vom todten Gewebe wird soviel als sich leicht ablösen lässt, entfernt. Unter feuchtwarmen Einpackungen bei Horizontallagerung des Armes, stossen sich die nekrotischen Hauttheile im Laufe von 10 Tagen ab. Die brandigen Fingerglieder werden amputirt. Nach weiteren 20 Tagen wird ein Versuch mit Thiersch'schen Transplantationen gemacht, jedoch nur ein geringer Theil der Lappen wächst an. Am 2. Novemb. wurde Pat. entlassen und ambulatorisch weiter behandelt. Trotz Bädern, Massage und passiver Bewegung blieb die Gebrauchsfähigkeit der Hand stark beschränkt.

Fall 4. Panteleimon Jewstraschenko. 33 a. n. Veterinär-Feldscher bemerkte am 5. Dec. 1893 eine kleine Pustel am Kinn. Auf Anrathen eines Arztes machte er Carbolsäure-Compressen, und zwar benutzte er eine 5 pCt. Lösung. Die anfangs starken Schmerzen haben bald nachgelassen. Am 3. Tage nach Beginn der Anwendung der Carbolsäure bildete sich eine der Grösse der Compressen entsprechende Anschwellung am Kinn, und die Haut über derselben wurde schwarz.

Am 14. December stellte sich der grosse, kräftig gebaute, gesunde Mann vor. Am Kinn sieht man eine Anschwellung von ca. 4 Cm. Durchmesser, mit steil aufsteigenden ½ Cm. hohen Rändern. Die Oberfläche wird von einer schwarzen lederartigen dünnen Schicht gebildet, die an den Rändern sich bereits gelöst hat; hier tritt der Papillarkörper frei zu Tage. Zur Mitte hin sinkt die nekrotische Haut, eine kleine Delle bildend, ein wenig ein. Feucht-warme Compressen lösen die völlig trockene dünne Hautscheibe in 3 Tagen ab, und der oberflächliche Hautdefect ersetzt sich unter antiseptischem Verbande in weiteren 3 Tagen, eine kaum merkliche Narbe hinterlassend.

In allen 4 Fällen finden wir das Gemeinsame, dass nach einer verhältnissmässig geringen Verletzung, durch den Gebrauch von Carbolsäure als Verbandmittel eine mehr oder weniger schwere Schädigung des Patienten hervorgerufen wurde. Im ersten Fall folgte auf eine Verletzung der grossen Zehe durch einen kleinen Splitter nekrotische Abstossung des ganzen Nagelgliedes und der halben ersten Phalanx. Im 2. Fall verlor das Kind in Folge einer kleinen gequetschten Wunde am Lippenroth die ganze Unterlippe. Der 3. Patient büsste nach einem Hammerschlag auf den kleinen Finger, der direct nur eine Blutblase und eine Suggillation unter dem Nagel verursachte, die Gebrauchsfähigkeit der ganzen Hand ein. Der 4. Patient endlich kam bei der Behandlung einer Acnepustel mit Carbolsäure mit einer oberflächlichen Hautgangrän am Kinn davon. In dreien der Fälle wurde die Carbolsäure in 2—5 pCt. wässriger Lösung, in einem Falle als 4 pCt. Glycerinsalbe benutzt. Charakteristisch ist es, dass in allen vier Fällen bei Steigerung der Schmerzen die Quantität der Carbolsäure, welche zur Anwendung kam, vergrössert wurde, indem die Compressen häufiger befeuchtet, resp. die Salbe dicker aufgestrichen wurde. Es kommt eben der Patient, resp. die Angehörigen desselben, nicht auf den Gedanken, dass die vom Arzt verschriebene vielgepriesene Carbolsäure die Ursache der Schmerzen und der Hautveränderung sein könne, sondern er bezieht dieselben auf die ursprüngliche Verletzung. Die üblen Folgen einer solchen Behandlungsweise lassen dann nicht lange auf sich warten. Bereits nach 24 Stunden ist meist die Haut weisslich verfärbt und völlig gefühllos; weiterhin färbt sich die Epidermis dunkler, hebt sich in Blasen ab, diese platzen und entleeren eine röthliche Flüssigkeit, und das betreffende Glied trocknet nun

[6]) Steinhausen. Ueber Carbolgangrän. I. Diss. Berlin 1892.



rasch ein. Mit ganz geringen Ausnahmen haben wir es immer mit dem trockenen Brande, der Mumification zu thun, da, wie Frankenburger es durch seine Thierexperimente bewiesen hat, alle Gefässe, sowohl Venen als auch Arterien, die im Bereich der Carbolsäurewirkung sich befinden, durch Thrombose verschlossen sind, und somit eine Flüssigkeitszufuhr nicht mehr stattfinden kann. Wenn mitunter, wie z. B. in Fall 3 am Handrücken und dem Unterarm, die brandigen Gewebstheile trotzdem nicht trocken und lederartig sind, sondern feuchte, graubraune, weiche Fetzen darstellen, so liegt das wohl daran, dass es sich um eine sehr blutreiche und oedematös infiltrirte Umgebung handelt, die zu viel Feuchtigkeit liefert, als dass es zu genügender Austrocknung des abgestorbenen Gewebes kommen kann. Nachträgliche Infection des bereits in Zerfall begriffenen Gewebes kann in solchen Fällen natürlich auch Eiterung mit ihren Folgeerscheinungen hervorrufen.

Individuelle Empfindlichkeit gegen Carbolsäure spielt natürlich bei diesem Process eine bedeutende Rolle. In meinen 4 Fällen handelt es sich 2 Mal um Kinder, von denen das eine durch chronische Malaria stark geschwächt war, einmal um einen alten Mann mit Arteriosklerose, einmal endlich um einen gesunden kräftigen Mann in mittleren Jahren. Bei letzterem hatte die Carbolsäure, trotzdem dieselbe in starker (5 pCt.) Lösung lange Zeit hindurch eingewirkt hatte, nur die Haut in dünner Schicht zu mumificiren vermocht, während bei den 3 ersteren eine schwächere Lösung viel tiefer ins Gewebe hinein ihre deletäre Wirkung ausgeübt hatte. Es scheinen also auch meine Fälle die Ansicht Steinhausens zu bestätigen, dass nämlich jugendlich zarte, schwächliche oder decrepide Individuen durch die Carbolsäure mehr gefährdet sind als erwachsene, gesunde und kräftige.

Ein Fall von recidivirender symmetrischer localer Asphyxie der Extremitäten.

Von

Dr. med. J. Israelsohn

in Dwinsk.

Den 22. Juli des verflossenen Jahres wurde ich schleunigst zu einem eben erst erkrankten Kinde gerufen, bei dem ich folgenden Status vorfand:

Das Kind, ein Mädchen von 3 Jahren, ist rhachitisch und anaemisch. In die Augen fallend ist eine tiefblaue, fast schwarze Verfärbung der Haut beider Hände und Füsse. Die Verfärbung beginnt an den Kuppen aller Finger und Zehen und erstreckt sich, beide Seiten der Hände und Füsse einnehmend, bis zu den Hand- resp. Fussgelenken, wo sie mit einer scharfen Linie aufhört. Die Intensität derselben ist so stark, dass es den Anschein hat, als müsste jeden Augenblick die Gangraen beginnen. Der Cyanose entsprechend fühlen sich Hände und Füsse kalt an. Besagte Verfärbung ist vor etwa 20 Minuten ohne sichtliche Veranlassung eingetreten. Das Kind ist bis dahin völlig munter gewesen.

Gegenwärtig ist das Kind zwar auch bei vollem Bewusstsein, doch sieht es etwas matt und apathisch aus. Herztöne ziemlich laut, rhythmisch, rein. Radialpuls beiderseits 80 in der Minute, ein wenig klein. An den Lungen nichts Abnormes. Schmerzhaftigkeit scheint nirgends vorhanden zu sein.

Das Kind hat vor 1 Jahre wegen allgemeinen Hautoedems in meiner Behandlung gestanden. Albuminurie ist damals nicht vorhanden gewesen. Ich nahm daher damals Hydrops ex anaemia an. Auf Eisen und consequent durchgeführte Milchernährung ging das Oedem in etwa 8 Tagen zurück. Doch verblieben Anaemie und Schwäche.

Gegen die gegenwärtige Asphyxie der Extremitäten liess ich letztere energisch mit erwärmtem Spiritus camphoratus frottiren, und nach ca. 10 Minuten war die Cyanose an sämmtlichen Extremitäten verschwunden. Nach Verordnung eines Inf. h. Digitalis entfernte ich mich.

Zwei Tage nachher wurde ich abermals schleunigst zum Kinde hingebeten. Ich fand genau denselben Status vor. Wiederum Frottiren mit erwärmtem Campherspiritus und wiederum Verschwinden der Cyanose nach ca. 10 Minuten. Dasselbe Spiel wiederholte sich, wie ich nachträglich erfuhr, in Zwischenräumen von 2—3 Tagen, noch fernere vier Mal. Die Angehörigen erschraken nicht mehr. Denn in dem Frottiren mit dem erwärmten Campherspiritus glaubten sie sich im Besitze eines jedes Mal prompt wirkenden Mittels zu befinden. Hierbei erfuhr ich aber, dass die Cyanose jedes Mal auch an den unteren Extremitäten verschwand, sobald sie solches an den oberen, die allein frottirt wurden, that. In den letzten vier Attaquen hatte nämlich das Geschäft des Frottirens nur eine Person auf sich genommen, während ich in den ersten zwei, welchen ich selbst assistirte, zwei Personen, je eine für die oberen und unteren Extremitäten, damit betraut hatte.

Wie ist dieser Fall zu deuten? Eine so tiefblaue, ja fast schwarze Verfärbung der Haut an Händen und Füssen, jedesmal so acut einsetzend, dazu so scharf, wie mit einer Demarcationslinie, sich abgrenzend, konnte nur durch einen Vorgang, einen Angiospasmus, hervorgerufen werden. Wo aber mochte der Reiz zur Erzeugung desselben eingewirkt haben? Angriffspunkte zur Erzeugung angiospastischer Vorgänge giebt es drei. Da haben wir zunächst die localen Ganglien, welche in der Bahn der vasomotorischen Nerven eingeschaltet liegen und die unter gewissen Umständen (stärkere Spannung im Gefässrohr, stärkere venöse Blutmischung) automatisch in Action treten. Aber es wäre doch zu wunderbar, anzunehmen, dass solche Ganglien gleichzeitig an allen vier Extremitäten in Erregung versetzt worden sein sollten. Wir können also auf diese Ganglien zur Erklärung des Gefässkrampfes nicht recurriren. Ebenso wenig können wir aber auch die im Rückenmarke belegenen untergeordneten vasomotorischen Centra zur Deutung unseres Falles heranziehen. Denn dann wäre das gleichzeitige Auftreten der localen asphyktischen Erscheinungen sowohl an den oberen wie an den unteren Extremitäten unverständlich. Es bleibt uns also nichts anders übrig, als noch eine Etage höher, zu dem in der Medulla oblongata belegenen allgemeinen Vasomotorencentrum hinaufzurücken. Und in That, nur durch die Annahme einer Erregung dieses Centrums ist es möglich, die in unserem Falle so überaus symmetrische Vertheilung der localen asphyktischen Erscheinungen an allen vier Extremitäten zu erklären. Dass aber bei einer solchen Erregung ausschliesslich Hände und Füsse von der Cyanose befallen wurden, das glaube ich, darf uns weiter nicht Wunder nehmen. Ist doch das Vasomotorencentrum, obgleich ein für alle Gefässe gemeinsam wirkendes Organ, dennoch als aus vielen dicht neben einander gelagerten Partialcentren, welche jedes für sich bestimmte Gefässprovinzen beherrschen, — man denke an die genau localisirten Centren der Leber- und Nierengefässe — zusammengesetzt aufzufassen, und ist es ja bekannt, dass grade die peripher gelegenen Theile des Körpers: Finger, Zehen, Nase, Ohren ganz besonders stark dem Einflusse desselben unterworfen sind. Freilich müsste bei einem Krampfe der Arterien zunächst Blässe der Haut zu gewärtigen sein. Aber es ist anzunehmen, dass diese als nicht so sehr in die Augen fallend — war das Kind ja ohnehin anämisch — der Umgebung unserer kleinen Pat. entgangen ist und erst die nachher in Folge der Stauung und Kohlensäureüberladung des Blutes eingetretene Cyanose sich gebieterisch bemerkbar machte. Es ist verständlich, dass ich sofort beim ersten Anblick der Pat. an die angiospastische symmetrische Raynaud'sche Gangraen erinnert wurde, und es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass, falls die localen asphyktischen Erscheinungen sich nicht bald zurückgebildet hätten, sich Gangraen etablirt hätte, und dann hätte uns selbstverständlich das ganze Krankheitsbild als ein äusserst prononcirter Fall von Raynaud'scher Gangraen imponirt. Die Raynaud'sche Arbeit ist mir leider im Orginal nicht zugänglich gewesen. Es war mir daher interessant, in einem neulich von M. Zeller publicirten Artikel (Ein seltener Fall von spontaner Gangraen. Berl. klin. Wochenschr. 1893 Nr. 52)

folgenden Passus zu finden: «Bei der angiospastischen Gangraen der Extremitäten unterscheidet Raynaud drei Stadien der vasomotorischen Erscheinungen. Erstens die örtliche Synkope, welche sich kundgiebt durch das Gefühl des Abgestorbenseins der Finger, welche blass und unempfindlich werden und nicht bewegt werden können. Er erklärt sie als eine partielle Ischaemie, indem infolge Krampfes der kleinsten gefässverengernden Nerven das Einströmen von Blut in die Finger verhindert werde. Zweitens das Stadium der örtlichen Asphyxie in dem die Finger infolge des Reichthums des Blutes an Kohlensäure dunkelblau bis schwarz erscheinen. Diese ersten beiden Stadien treten anfallsweise auf und können noch in Heilung übergehen. Nur unter besonderen Umständen folgt ihnen das dritte Stadium, der Brand.»

Man wird zugeben müssen, dass unser Fall, unter der Annahme, dass die örtliche Synkope und die von ihr abhängigen nervösen Erscheinungen — was ja bei einem dreijährigen Kinde weiter nicht auffallend erscheinen kann — übersehen worden sind, sich leicht in den Rahmen obiger Auseinandersetzung hineinfügt. Man könnte also vielleicht unseren Fall als einen nicht zur Entwickelung gelangten Fall von Raynaud'scher symmetrischer Gangraen auffassen, als einen Fall, in welchem es blos bis zur Asphyxie, nicht bis zur Gangraen kam. Dass solche Fälle möglich sind, hat ja Raynaud, wie obiges Citat besagt, selbst betont. Mir ist es aber leider in der mir zugänglichen Literatur nicht möglich gewesen, einen dem meinigen analogen Fall aufzufinden.

Die meisten Fälle Raynaud'scher Gangraen, die beschrieben sind, betrafen weibliche Personen im Alter von 18—30 Jahren, welche fast ohne Ausnahme mit Chlorose oder anderen Constitutionsanomalien behaftet waren (M. Zeller l. c.). Sollte in dem überaus jugendlichen Alter unserer Pat. vielleicht die Ursache zu finden sein, weshalb es hier nicht zur Gangraenbildung kam?

Welcher Art der auf das Vasomotorencentrum ausgeübte Reiz gewesen sein mag, ist natürlich schwer zu sagen, und ist es daher müssig, sich darüber in Hypothesen einzulassen. Auf jeden Fall aber kann dieser Reiz, verglichen mit demjenigen, wie er bei completer Raynaud'scher Gangraen obwaltet, nur ein ziemlich flüchtiger und passagerer gewesen sein.

Das Frottiren mit dem erwärmten Campherspiritus, i. e. die Massage, habe ich anwenden lassen, zunächst um im Augenblicke der allgemeinen Bestürzung überhaupt etwas zu thun, dann aber auch in der dunklen Idee — da mir die Verhältnisse im ersten Moment noch nicht völlig klar waren — etwas durchaus Rationelles zu thun. Der scheinbar günstige Erfolg in der ersten Attaque veranlasste mich, die Massage auch in der zweiten Attaque anzuwenden. Es hat sich aber in der Folge nur zu deutlich erwiesen, dass sie vollständig ohnmächtig war, d. h. die localen Asphyxien vergingen jedes Mal vollständig von selbst, ganz unabhängig von der Massage, offenbar weil der Reiz auf das Vasomotorencentrum nachliess. Es ist in der Ohnmacht der Massage geradezu ein Moment mehr für die Annahme des centralen Ursprunges der localen asphyktischen Erscheinungen unseres Falles gegeben.

Referate.

P. Klemm-Riga: Zur Behandlung der Gelenkbrüche. (Volkmann'sche Vort. N. F. Nr. 78. 1893).

Verf. bespricht die Therapie sowohl der in die Gelenke perforirenden Brüche, als auch der paraarticulär gelegenen Continuitätstrennungen der Knochen, wie sie an der chirurgischen Abtheilung von Dr. A. von Bergmann des Rigaer Stadtkrankenhauses üblich ist.

In der Therapie der Gelenkfracturen herrscht die Anschauung, dass bei fortgesetzter Immobilisirung der Heilerfolg ein sehr fraglicher ist. Es muss zwischen Ruhe und Bewegung ein richtiger Wechsel beobachtet werden. Ruhe den gebrochenen Knochen, Bewegung dem Gelenk, den Muskeln und Fascien.

Klemm hat seine Beobachtungen meist an Brüchen der unteren Extremitäten gemacht.

Alle Fracturen der Gelenke, sowie der grösste Theil der paraarticulären Brüche sind mit Blutergüssen in die Gelenkhöhle, sowie in die Weichtheile der Umgebung derselben verbunden. Die pathologischen Störungen, die in der Folge auftreten, sind von den Hämatomen abhängig. Zu diesen gehören: Schwere Reponirbarkeit resp. schwierige Erhaltung der Bruchfragmente in der reponirten Lage; Veränderungen in der Gelenkhöhle, bestehend in Schwartenbildung und Verdickung der Synovialis und in Verwachsung intraarticulärer Theile der Gelenkkörper durch neugebildetes Bindegewebe; Schwarten- und Narbengewebebildung im paraarticulären Gewebe; Obliteration der Sehnen in ihren Scheiden; nutritive Veränderungen an den Muskeln; Druck und Zerrung von Nervenstämmen und in Folge dessen möglicherweise Neuritis mit consecutiven Ernährungsstörungen der Knochen und Gelenke, die sich als deformirende Processe äussern; Hydropsien der Gelenke, sowie derbe Oedeme im paraarticulären Gewebe. Die Anwesenheit der intra- und paraarticulären Hämatome gestaltet also die Prognose der Gelenkfracturen ungünstig. Es kommt daher Alles darauf an, das ausgetretene Blut fortzuschaffen, was auf blutigem oder unblutigem Wege gemacht werden kann.

Zu den blutigen therapeutischen Eingriffen rechnet man: 1) die Punction mit oder ohne nachfolgende Ausspülung; 2) den Einschnitt mit Entleerung des Extravasates. Als unblutige Eingriffe betrachtet man: 1) die Compression und 2) die Massage.

Das blutige therapeutische Eingreifen darf nur in Ausnahmefällen in Anwendung gezogen werden, während die Massage und Compression die beiden Factoren sind, die im Verein mit activen und passiven Bewegungen in der Behandlung der Gelenkbrüche die wichtigste Rolle spielen.

Durch die Massage wird die Circulation im massirten Gebiet mächtig angeregt, neues Bildungsmaterial wird angeführt, die Venen und Lymphbahnen werden wegsam gemacht, sodass die extravasirten Flüssigkeiten direct durch den manuellen Druck in diese gepresst und fortgeführt werden können. Die Compression unterstützt diese Bestrebung in wirksamster Weise, indem sie in den Pausen, wo nicht massirt wird, die Vis a tergo erhöht und so der Aufsaugung der Ergüsse dient. Hand in Hand mit diesen Manipulationen sollen active und passive Bewegungen einhergehen, die der Retraction der Gelenkweichtheile vorbeugen und durch Veränderung intraarticulärer Contactpunkte etwaige Degenerationen dieser Theile verhindern. — Dabei darf die Immobilisirung des gebrochenen Knochens nicht vernachlässigt werden: der gebrochene Knochen verlangt Ruhe und muss durch passende Verbände und Lagerungsvorrichtungen geschient werden. Als Schienenmaterial empfiehlt Verf. Pappe. Schienen aus Eisenblech in Form der von Volkmann'schen T-Schiene, gebogene Winkelschienen für die obere Extremität, Gyps- und Extensionsverbände für Unterschenkel- und Oberschenkelfracturen. Als sehr zweckmässig haben sich «Gitterschienen» aus Holzstäbchen erwiesen.

Zum Schluss erläutert Klemm die von ihm skizzirten Grundsätze an Beispielen und schildert dieselben, wie sie im gegebenen Fall praktisch durchzuführen sind. Brackel.

Aug. Bier-Kiel: Ueber plastische Bildung tragfähiger Stümpfe nach Unterschenkelamputationen. (Arch. f. klin. Chir. 46. Bd., Heft 1., 1893, p. 90).

Verf. giebt eine Modification der seiner Zeit von ihm in der «Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. 34» publicirten Abhandlung über plastische Unterschenkelamputationen. Er verfährt nunmehr derart: die Absetzung des Gliedes geschieht in gewöhnlicher Weise. Oberhalb der Amputationsstelle wird sodann ein Keil in den Weichtheilen ausgeschnitten, dessen Basis auf der vorderen Fläche des Unterschenkels liegt. Die Spitze des Keils ist abgestumpft und wird gebildet durch eine Linie, die auf der Innenseite der hinteren, inneren Kante der Tibia, auf der Aussenseite der hinteren Kante der Fibula entspricht. Alle Schnitte durchtrennen alle Theile bis auf die Knochen. Sodann werden die Knochen in der Schnittrichtung durchsägt und der aus Haut, Muskel und Knochen bestehende Keil entfernt. Nach Unterbindung der Art. tibial. werden sodann die gebildeten glatten Haut, Muskeln, Knochenflächen an einander gelegt und durch Nähte mit einander vereinigt. Auf diese Weise gelingt es quasi einen plastischen Fuss herzustellen, indem nun die hinteren Flächen der Tibia und Fibula in natürlicher Verbindung mit ihren Weichtheilen nach unten sehen.



Die Operation ist vornehmlich für lange Unterschenkelstümpfe erdacht. Die Verkürzung des Stumpfes ist gering, der Stumpf selbst von guter Tragfähigkeit.

Die Prothese für diese Art Stümpfe besteht aus einem steifen Schnürstiefel, von dem aus eine mit einem Charnier für das Kniegelenk versehene Schiene bis auf den Oberschenkel führt und an diesem durch einen Gurt befestigt wird. Für die ärmere Bevölkerung empfiehlt Verf. eine Prothese nach Art der gewöhnlichen Kniestelze mit inliegendem Krollhaarpolster.

Zum Schluss giebt Verf. eine Beschreibung seiner Fälle.

Brackel.

A. Zöller-Heidelberg: Ueber die chirurgische Behandlung der männlichen Hypospadie und Epispadie. (Beitr. z. klin. Chirurg. XI. 1. 1894. p. 150.)

Bei der Besprechung der Genese der Hypo- und Epispadie, geht Verf. zunächst auf die Anschauung von Thiersch und Kaufmann näher ein, referirt sodann die operativen Behandlungsmethoden, wie sie von Dieffenbach, Duplay, Dolbeau, Kroenlein, Nelaton, Wood, Gouley, Mischel, Thiersch u. a. geübt worden sind und rühmt ganz besonders die Vorzüge der Thiersch'schen Methode. —

Des Ferneren stellt Verf. die in den Jahren 1875 bis 1890 in der chirurg. Klinik des Herrn Geh. Rath Czerny zu Heidelberg zur Behandlung gekommenen Hypo- und Epispadien (20 an der Zahl) zusammen. In den meisten Fällen wurde nach dem Verfahren von Thiersch operirt. Es handelte sich um Fälle allen Grades der Hypo- und Epispadie. Was das Alter der Patienten betraf, so variirte dasselbe zwischen 22 Monaten und 29 Jahren, die meisten standen jedoch noch im kindlichen Lebensalter. Als Nahtmaterial wurde für versenkte Nähte Catgut, für oberflächliche Silberdraht oder Silkworm benutzt. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 1 bis 5 Monaten und betrug bei den geheilten Fällen im Mittel 3 bis 4 Monate. Völlig geheilt wurden 7 Fälle, geheilt mit Incontinenz wurde 1 Fall, mit Fisteln 10 Fälle, erfolglos blieb die Operation in 2 Fällen.

Zum Schluss theilt Verf. die diesbezüglichen Krankengeschichten mit.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

von Esmarch und Kowalzig: Handbuch der kriegschirurgischen Technik. IV. Auflage. Bd. I. Verbandlehre. 1893. Bd. II. Operationslehre. 1894. Kiel u. Leipzig, Lipsius und Fischer.

Eine neue Auflage des berühmten und weitverbreiteten Werkes bedarf keines langen Begleitschreibens. Die Verfasser sind ihren alten bewährten Principien treu geblieben und haben es, wie früher, verstanden in bündigster Form eine erschöpfende Darstellung ihres Gegenstandes zu geben. Wie in den früheren Auflagen ist mit guten Bildern mindestens ebensoviel gesagt wie mit Worten. Die wesentlichen Fortschritte der Technik sind bis in die allerletzte Zeit hinein nachgetragen, sodass kaum etwas zu wünschen übrig bleibt.

Wanach.

Klinisches Jahrbuch, im Auftrage des preussischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten unter Mitwirkung von Prof. C. Skrzeczka und Dr. G. Schönfeld herausgegeben von Prof. A. Guttstadt. V. Band. Berlin, Jul. Springer. 1894.

Der fünfte Band dieses wichtigen, von uns wiederholt besprochenen Werkes zerfällt in dieselben Abschnitte wie die früheren. Unter den «Abhandlungen» möchten wir die von P. Sperling über die Ausbildung der Militärärzte im Deutschen Reiche und die von Prof. Maragliano über den klinischen Unterricht in Italien als von allgemeinerem Interesse hervorheben. Es folgen Baubeschreibungen von klinischen Neubauten in Berlin (Frauenklinik), Giessen, Leipzig (medicin. Klinik) und Würzburg (psychiatr. Klinik). Endlich die sorgfältigen statistischen Berichte der preussischen Universitäten pro 1891/92: Verwaltungsnachrichten, Morbiditätsstatistik, Unterrichtsstatistik, Bibliographie. «Verschiedene Mittheilungen» und amtliche Bekanntmachungen bilden den Schluss. W.

Otto Naegeli: Therapie von Neuralgien und Neurosen durch Handgriffe. Verl. v. Carl Sallmann, Basel und Leipzig, 1894. 114 pag.

Gegen eine ganze Reihe nervöser Affectionen empfiehlt die Broschüre eine durch vier Jahre erprobte mechanische Behandlung, deren physiologische Wirkung auf der directen oder indirecten Beeinflussung und Umstimmung der Circulation und Innervation in dem ergriffenen Gebiete beruht. Die zur Erklärung vieler Behandlungsresultate heutzutage so gern herangezogene Suggestion hat der Verf. stets geflissentlich zu vermeiden sich bestrebt. Das System von Handgriffen, für welche ganz bestimmte Indicationen aufgestellt werden, wirkt auch vorzugsweise palliativ, jedoch nach den Erfahrungen des Verf. rascher und besser als Elektricität, Hydrotherapie, Massage, Hypnose und alle Medicamente. Diese Manipulationen haben weiter den Vorzug, dass sie allenthalben sofort und leicht anwendbar sind, dass sie während nur kurzer Zeit (1—1½ Min. lang) ausgeführt zu werden brauchen, wenn sie auch oftmals wiederholt werden müssen, dass sie endlich in vielen Fällen von den Patienten selbst erlernt und ausgeübt werden können. Die bisweilen geradezu eclatanten Erfolge des Verf., welche durch Krankengeschichten belegt werden, beziehen sich hauptsächlich auf functionelle Nervenerkrankungen, jedoch sind auch Symptome organischer bei richtiger Indicationsstellung dieser Therapie zugänglich. Sicherer Erfolg wird garantirt durch grosse Uebung, sein anfängliches Ausbleiben schreckt leider nur zu leicht von der Erlangung der nöthigen Dexterität ab. Die Ausführung der einzelnen Handgriffe muss in der Broschüre nachgelesen werden, wo sie durch gute Abbildungen veranschaulicht sind. Hier folge nur ihre kurze Aufzählung sammt den für sie geeigneten Affectionen: Kopfstützgriff, Kopfstreckgriff (Redressement), Kopfbeuge- oder Knickgriff, alle drei öfters verbunden mit Etirage (cutaner Nervendehnung) bei Hirnhyperämie, nervösem Kopfschmerz, Migräne, Trigeminusneuralgie, Schwindel; Zungenbeingriff (Elevation des Zungenbeins) bei Brechreiz, Erbrechen, Globus, Aphonia nervosa; Magen- und Zeltgriff bei Magenkrampf; ferner Handgriffe gegen verschiedene periphere Neuralgien, gegen Keuchhustenanfälle; endlich Manipulationen mit dem Kopfe (Kugelung) bei nervöser Schlaflosigkeit. Die vorgeschlagene Therapie ist durchaus der Nachprüfung werth und verspricht eine werthvolle Bereicherung des dem praktischen Arzte verfügbaren Rüstzeuges zu werden.

Michelson.

Karl Seydel: Lehrbuch der Kriegschirurgie. Stuttgart, F. Enke. 1893.

Das Buch gehört zu der bekannten Enke'schen Sammlung «Bibliothek des Arztes». Es kann ihm wohl nachgerühmt werden, dass es den heutigen Stand der Kriegschirurgie treffend charakterisirt, doch trägt es mehr den Charakter eines gewissenhaften und sorgfältigen Referates, dem auch vorsichtige Kritik nicht mangelt, als den eines Lehrbuchs. Man hat nicht den Eindruck, als ob der Verfasser, ausser tüchtigen allgemein chirurgischen Kenntnissen, viel eigene Erfahrung speciell auf dem Gebiet der Kriegschirurgie besitzt; er lehnt sich durchweg an andere grössere und Specialwerke an. Eine ausführlichere Behandlung der modernen Kriegswaffen, ihrer Construction und Wirkungsart wäre sehr zu wünschen in Anbetracht der grossen Wichtigkeit des Gegenstandes. Auch bei einzelnen Capiteln des speciellen Theiles hat es den Anschein, als ob dem Verf. räumliche Schranken gesetzt worden wären; daraus resultirt eine oft gar zu cursorische Darstellungsart. Hin und wieder fällt eine unschöne oder unpräcise Ausdrucksweise auf («bei distanzirten Ligaturen empfiehlt es sich, das ganze intermediär lädirte Gefässstück zu exstirpiren»; «die der Blutung folgende Blässe des Gesichts kann sich bis zur Ohnmacht steigern» etc.). Der Satz «dass es sich bei dem Verblutenden nicht um den Mangel an Blutkörperchen, sondern lediglich um eine mangelhafte Füllung der Gefässe handelt» kann in dieser Fassung wohl kaum acceptirt werden. — Doch genug der Einzelheiten. Von Nutzen wird das Buch namentlich den Studenten sein und den Aerzten, die erst anfangen sich mit Kriegschirurgie zu beschäftigen, als Einleitung zum Studium grösserer Werke, das doch nicht zu umgehen ist. — Die Ausstattung des Buchs ist sehr gut.

Wanach.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. December 1893.

1. Dr. Berg demonstrirt 2 Pat. an denen er vor 2 Wochen im Diakonissenhause wegen Tumoren im Nasenrachenraum die provisorische Resection der Nase nach Bruns machen musste, um dann bei hängendem Kopf die Entfernung der Tumoren von der Nase und vom Rachen aus zu ermöglichen. Der eine Pat. 17 Jahr, der andere 22 Jahr alt. Die Geschwülste sind im Laufe von 1—2 Jahren gewachsen, verlegen die Nase von hinten vollständig, und haben bei dem 17-jährigen eine beträchtliche Dilatation der hinteren Partien der Nase zu Wege gebracht und den weichen Gaumen stark nach vorne gedrängt. Bei diesem präsentirt sich der Tumor



als etwa kinderfaustgrosse Geschwulst. den weichen Gaumen sichtlich überragend und sitzt breitbasig der hinteren Rachenwand auf, ob die obere Grenze mit der Schädelbasis verwachsen, lässt sich nicht abtasten. Bei dem andern präsentirt sich der Tumor im Spiegelbilde als etwa wallnussgrosse Geschwulst, erweist sich im Abtasten mit der hinteren Rachenwand in toto verwachsen und nicht knorpelhart. Bei der Operation erweisen sich beide sowol mit der Schädelbasis, als mit der hinteren Rachenwand breitbasig verwachsen und gelingt die Entfernung nur mühsam mit Raspatorium und Scheere. Dr. Berg meint, dass die Resection der Nase nach Bruns hier nicht genügend Raum und Uebersicht schafft und hebt hervor, dass die nachfolgende Entfernung des Tumors bei hängendem Kopf nur bei ganz enormem Blutverlust möglich war. Der profusen Blutung wegen muss möglichst schnell operirt werden, und kann deswegen nicht genügend sorgfältig operirt werden, es ist diese hierbei gar nicht zu beherrschen, weil von der Nase und vom Rachen aus zugleich vorgegangen werden muss, eine Tamponade der Rachenhöhle somit nicht möglich ist. Aus diesen Gründen glaubt er vorkommenden Falles die provisorische Resection des Oberkiefers in sitzender Stellung der Operation bei hängendem Kopf vorziehen zu sollen, weil nach vorausgegangener Tracheotomie und Tamponade des Kehlkopfs, die Oberkieferresection ausgiebig Raum zum sorgfältigen Operiren schafft und die Blutung sich besser beherrschen lässt. Bei beiden Pat. ist die aufgepflanzte Nase gut angeheilt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste, ob Fibrome oder Sarcome, ist noch nicht beendet.

Dr. Berg demonstrirt ferner einen kindskopfgrossen Uterus mit zahlreichen Fibroiden durchsetzt, und die beiden Ovarien. Präparat gewonnen per laparotomiam von einer 30 jährigen Diakonisse. Operation nach der Methode von Fritsch. Dieselbe bietet den wesentlichen Vortheil, dass man bei partienweisem Abbinden und Durchtrennen der Lig. lata dicht am Uterus bis nach unten zum Cervix. fast gar keine Blutung bekommt; nicht zwischen 2 Ligaturen durchzuschneiden braucht, zahlreiche Klemmpincetten in die Unterleibshöhle nicht hineinzubringen genöthigt ist; den Uterus abschneiden kann, ohne vorher den Schlauch anzulegen. Dieser Vorzüge wegen lässt sich die Dauer der Operation wesentlich kürzen, und ist aus allen diesen Gründen die supravaginale Amputation des Uterus nach Fritsch bestens zu empfehlen. (Autorreferat).

Dr. Bergmann hat den einen der Fälle vor der Operation mit dem Nasenspiegel untersucht und dabei den Eindruck gewonnen, dass für eine Tamponade des Nasenrachenraumes noch genügend Raum bei der Operation übrig bleiben müsste. Ihm erschiene die Bruns'sche Methode doch sicherer als das Verfahren mit der Pressschwammcanüle, bei welchem laut Berichten in der Literatur doch Blut in die Trachea dringen kann, wodurch es zu unangenehmen Folgezuständen in der Lunge kommen könne.

Dr. Berg betont demgegenüber nochmals die colossale Blutung, welche das Gesichtsfeld bei der Operation derart überschwemmt, dass man fast nichts zu sehen bekommt, ferner ist auch der Raum für die Operation ein sehr beschränkter.

Dr. Voss schliesst sich der Ansicht Dr. Berg's an und hebt dabei hervor, wie verschieden der Befund sich gestalte je nachdem, ob man ohne Narkose oder in derselben untersuche. Im letzteren Falle erwies sich bei einem der Kranken der Tumor bedeutend grösser als vordem angenommen worden. Komme dann noch die Tamponade hinzu, so ist die Raumbeschränkung in der That eine zu grosse.

2. Dr. Mandelstamm stellt einen jungen Mann mit einer seltenen Sehstörung vor, welche sich nicht unter die bekannten Formen unterbringen lässt. Nach langen vergeblichen Versuchen gelang eine Correction mit Prismen von 2° mit der Basis nach innen. Dr. Mandelstamm meint in diesem Falle hysterische Ambliopie annehmen zu müssen, da er eine Simulation ausschliessen zu können glaubt.

Dr. Dahlfeld kann sich über diesen Fall auch kein definitives Bild machen, man müsse jedenfalls genau auf das Verhalten der Psyche acht geben. In Betracht kommen ja allerdings Simulation, Hysterie oder Autosugestion.

3. Dr. Bergengrün hielt seinen angekündigten Vortrag über die «Heilbarkeit der Larynxtuberculose»; erscheint demnächst in einer Berliner Specialzeitung.

Dr. Paul Klemm kann nicht zugeben, dass man berechtigt ist von einer Heilung zu sprechen, wenn sich nach kurzer Zeit, etwa nach einer Woche Recidive einstellen. An andern Theilen des Körpers kommen solche vorübergehende Heilungen chronischer Geschwüre nicht selten zur Beobachtung.

Dr. Hampeln kann auch eine Heilung in solchen Fällen nicht anerkennen. Das Geschwür mag wol auf kurze Zeit verheilen, die Krankheit selbst — die Tuberculose — besteht dabei aber ruhig weiter. Was speciell die Tuberculinbehandlung betrifft, so scheint dieselbe auf den Larynx für's erste allerdings von keinem günstigen Einfluss zu sein. Die Frage über die Behandlung der Lungentuberculose damit ist jedenfalls nicht in ablehnendem Sinne entschieden, ebensowenig der diagnostische Werth. Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

d. Z. Secretair Dr. Radecki.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur Erkennung verdorbenen Fleisches wird das Eber'sche Reagens empfohlen: 1 Theil Salzsäure, 3 Theile Alkohol, 1 Theil Aether. Nähert man einen mit diesem Reagens befeuchteten Glasstab dem verdächtigen Fleische und zeigen sich Nebel (Bildung von Salmiak), so ist das Fleisch verdorben.

(Med. Neuigkeiten 1893. 51).

Prof. Dr. Alexander Schmidt †.

Sie sinken dahin, Einer um den Andern, die Männer, denen die Universität Dorpat einst Leben und Gedeihen, sowie ihr charakteristisches Gepräge verdankte. Wenden wir den Blick zurück in die letzten Decennien der nunmehr abgeschlossenen Periode des Lebens unserer Hochschule, da sie noch das Recht hatte, über die Normen ihrer wissenschaftlichen Thätigkeit sowie über die Personen, denen sie die Vertretung ihrer einzelnen Lehrfächer anvertrauen wollte, selbstständig zu entscheiden, so zeigt sich, dass die wechselnden Geschicke unserer Universität aufs Engste mit dem Wirken von Männern verknüpft waren, denen Dank der Energie ihres Willens und der Festigkeit ihrer Ueberzeugungen die ausschlaggebende Stimme in den Entschliessungen des academischen Lehrkörpers zufiel. Ueberall, wo spontanes, aus inneren Antrieben entspringendes Leben sich entwickelt, da ist der Fortschritt an den Kampf der Geister gebunden. So ist es auch an unserer Hochschule gewesen. Waren die leitenden Persönlichkeiten auch nicht immer eines Sinnes, so waren sie doch von der gleichen Liebe zur alma mater Dorpatensis erfüllt. Zu den markigsten Gestalten aus dem reichen Kreise bedeutender Männer, die in jenen Tagen den Conseilsaal unserer Hochschule füllten, gehört Alexander Schmidt, dem wir nun den Zoll dankbarer Erinnerung entrichten.

Alexander Schmidt wurde, wie wir dem trefflichen Nekrolog der Neuen Dörptschen Zeitung entnehmen, als Sohn des Pastors zu Moon und nachmaligen Oeselschen Superintendenten Schmidt am 15. Mai 1831 geboren. Gleich seinen älteren Brüdern, von denen der eine, Oswald, als Professor des Provinzialrechtes Liv-, Est- und Kurlands im Jahre 1890 gestorben ist, absolvirte er das Revaler Gymnasium und bezog im Jahre 1850 die Universität Dorpat, auf der er sich zuerst dem Studium der Geschichte, dann dem der Medicin zuwandte. Im Juni 1858 wurde er zum Doctor der Medicin promovirt und betrat dann die wissenschaftliche Laufbahn, auf welche ihn seine hervorragende Begabung und seine ganze Individualität hinwiesen. Nahezu vier Lehrjahre verbrachte er zu seiner weiteren wissenschaftlichen Ausbildung im Auslande, habilitirte sich dann im Jahre 1862 an der Universität Dorpat, fungirte seit 1864 als etatmässiger Docent, auch kurze Zeit als Professor-Adjunct am Veterinärinstitut und wurde, nachdem er in den Jahren 1866 und 1867 abermals, und zwar speciell in Leipzig, seinen wissenschaftlichen Studien gelebt hatte, als Nachfolger seines noch heute unter uns weilenden, ausgezeichneten Lehrers Dr. Friedrich Bidder im Jahre 1867 zum ordentlichen Professor der Physiologie erwählt. In den Jahren 1876 bis 1879 war er Decan der medicinischen Facultät, in den Jahren 1885 bis 1890 stand er als Rector Magnificus an der Spitze der Universität.

Wer, wie der Schreiber dieser Zeilen, das Glück gehabt hat, die ersten Schritte in die Lehre der Physiologie unter Schmidts verständnissvoller Führung zu thun, dem wird der hohe Idealismus unvergesslich bleiben, von dem seine Vorlesungen getragen waren. Nackte Thatsachen hatten für ihn wenig Werth: erst durch den Nachweis ihres Zusammenhanges mit allgemeineren Gesetzen erhielten sie Bedeutung und Leben. So verdankten die jungen Bürger der Universität ihm zum guten Theil die erste Schulung im naturwissenschaftlichen Denken, und unter den vielen Hunderten von Schülern, die zu Schmidts Füssen gesessen haben, dürfte es nur Wenige geben, denen der Adel der Schmidt'schen Naturauffassung nicht entscheidend geworden wäre für ihre spätere Stellung zu den grossen Fragen des Lebens.

Als Gelehrter und Forscher hat Schmidt schon früh das Glück gehabt, durch seine Entdeckungen im Gebiet der Faserstoffgerinnung des Blutes sich einen weltbekannten Namen zu machen. Der Nachweis der Fibringeneratoren (Paraglobulin, fibrinogene Substanz) und des Fibrinfermentes fallen noch in



seine Leipziger Zeit. Diese Entdeckungen haben seiner ganzen späteren wissenschaftlichen Thätigkeit die Richtung gegeben, denn es galt zu zeigen, woher die Fibringeneratoren und woher das Fibrinferment stammen. Es ist hier nicht der Ort, auf die weiteren Ergebnisse der Schmidt'schen Forschungen, die sich über mehr als zwei Jahrzehnte erstrecken, näher einzugehen, zumal wir schon im Jahrgang 1893 dieser Wochenschrift (p. 83) eine Besprechung derselben gegeben haben. Auch Schmidt hat die Erfahrung machen müssen, dass, wo es ihm gelang, nach harter Arbeit der Natur eines ihrer Geheimnisse abzuringen, alsbald tausend neue Fragen auftauchten, die der Beantwortung harrten. Wie gross die Summe der Arbeit, die er fern von den wissenschaftlichen Centren Europas geleistet hat, das zeigt die lange Reihe von mehr als fünfzig Dissertationen, die unter seiner Leitung entstanden. Seine jugendlichen Mitarbeiter haben ihn aber stets nur auf kurzen Strecken des Weges begleitet, und im Ganzen ist er die verschlungenen Pfade seiner Entdeckungen einsam gewandelt, von Vielen gekannt, aber nur von Wenigen verstanden. Das hat er selbst oft schmerzlich empfunden. Erst in der letzten Zeit hat er die Forschungen seines Lebens in sein bekanntes Werk «Zur Blutlehre» (Leipzig. F. C. W. Vogel. 1892) zusammengefasst. Diesem Buch sollte ein zweites folgen, in welchem er eine kritische Widerlegung der Einwände gegen seine Lehre geben wollte. Sein heisser Wunsch, diese Arbeit noch veröffentlichen zu können, sollte nicht in Erfüllung gehen. Als Manuscript ist sie fast vollendet und hoffentlich gelingt es berufenen Händen, sie doch noch als posthumes Werk der wissenschaftlichen Welt zu übergeben. Aber auch so werden die Schmidt'schen Entdeckungen noch auf lange hinaus die Grundlage für weitere wissenschaftliche Forschungen bilden.

So kann unsere medicinische Facultät mit Recht stolz sein auf Alexander Schmidt den Lehrer, wie auf Alexander Schmidt den Forscher.

Aber wer das Glück gehabt hat, ihm auch persönlich nahe zu treten, der weiss in ihm mehr noch den Menschen und den Mann zu schätzen. Den Genossen seiner Jugend, den Freunden seines freudig emporstrebenden früheren Mannesalters steht das Bild dieses reichbegabten feingebildeten Geistes, dieses warmen, für alles Gute und Schöne begeisterten Herzens in unauslöschlicher Erinnerung. Und wir, die Zeugen seines späteren Lebens, verehren in ihm den Mann, der kraftvoll und muthig stets bereit war, seine ganze Persönlichkeit für das einzusetzen, was er für recht und gut erkannte. Die Zeit, in der Schmidt seine regste Thätigkeit an unserer, von ihm heissgeliebten Hochschule entfaltete, ist durch ein frisches reges inneres Leben voll der mannigfaltigsten und verschiedenartigsten Interessen und Bestrebungen gekennzeichnet. Aus der bewegten Oberfläche desselben hebt sich die Persönlichkeit Schmidt's in festen Zügen hervor, und als er im Jahre 1885 durch die Wahl seiner Collegen als primus inter pares zum Rector unserer Hochschule berufen wurde, da lieferte das frisch pulsirende Leben, welches unter Schmidt's Rectorat die Hallen und Gänge der Universität und aller ihrer Institute erfüllte, ein unwiderlegliches Zeugniss dafür, dass die Universität keinen besseren Händen anvertraut werden konnte. Hat es auch hier nicht an Kämpfen und Schwierigkeiten gefehlt, so hat Schmidt doch auch auf viele schöne Erfolge zurückblicken können. Die Verbesserung und räumliche Erweiterung vieler Anstalten der Universität, die Versorgung derselben durch eine eigene Wasserleitung, die Erbauung des neuen physiologischen und pathologischen Institutes sind aus seiner Initiative hervorgegangen und unter seiner Leitung entstanden.

Den Studirenden war Schmidt ein wohlwollender Freund und Berather. Er kannte und er liebte die akademische Jugend, welche dafür mit Ehrerbietung und unbedingtem Vertrauen an ihm hing.

Ein treuer Sohn seiner Heimath, in der er, mit Ausnahme schöner, fruchtbarer Wanderjahre, sein ganzes Leben verbracht hat, wurzelte er mit allen Fasern seines stark empfindenden Herzens in dem Boden, dem er entsprossen. Die Geschicke seines Landes, sie trafen ihn, als wären es seine eignen.

Wir betrauern in Alexander Schmidt einen Mann, dessen Name untrennbar verbunden ist mit der Erinnerung an eine glückliche, schaffensfrohe Epoche aus der Geschichte unserer alten Hochschule.

K. Dehio.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Präsidenten des Medicinalraths, wirkl. Staatsrath Dr. Paschutin. Den St. Wladimir-Orden III. Classe — dem consultirenden Arzte der St. Petersburger Institute des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria, Staatsrath Dr. Joseph Motschutkowski.

— Ernannt: Der Oberarzt des Semenowschen Leibgarderegiments, Hofrath Dr. Weljaminow — zum Ehren-Leibchirurgen des Allerhöchsten Hofes — mit Belassung in seinem bisherigen Amte.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Arzt beim Blindeninstitut in St. Petersburg Nikolai Schulgowski — unter gleichzeitiger Verabschiedung, auf eigene Bitte.

— Verstorben: 1) Am 28. März der Landschaftsarzt im Kreise Korotscha des Kursk'schen Gouvernements W. J. Sjentschenko im 32. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich bei der Behandlung von Typhuskranken im Kirchdorfe Sjetkoje zugezogen hatte. Der Verstorbene hat seine Frau mit einem neugeborenen Kinde ganz mittellos zurückgelassen. Die Beerdigungskosten hat die Landschaft übernommen. 2) Am 21. März in Ananjew der Landschaftsarzt Michael Kreitschmann, 36. Jahre alt, ebenfalls am Flecktyphus. Seine bejahrte Mutter, deren einzige Stütze er war, ist ohne alle Existenzmittel zurückgeblieben. 3) Am 15. März in Prischib (Kreis Zarew des Astrachanschen Gouv.) der freipraktisirende Arzt W. A. Kassatkin im Alter von 36 Jahre an Apoplexie. Obschon er eine ausgebreitete Praxis hatte, so betrugen seine Einnahmen aus derselben kaum 400 R. im Jahr und hat er daher seine Wittwe ganz mittellos zurückgelassen. 4) In Samara der dortige Arzt W. S. Dobronrawow im 60. Lebensjahre. Den Arztgrad hatte er an der Universität Kasan im Jahre 1859 erhalten und die letzten 20 Jahre war er in Samara als praktischer Arzt thätig. Es ist ein seltener Fall, dass wir von einem Arzte berichten können, dass er ein grösseres Vermögen hinterlassen hat. Man fand in dem Nachlass des Verstorbenen mehr als 100,000 Rbl. in Werthpapieren. Da D. kinderloser Wittwer war und auch sonst keine nähere Verwandte hat, so werden jetzt die Erben des Kapitals gesucht. 5) Am 9. April in Porchow (Gouv. Pleskau) Dr. Kallmann Kirschmann, der vor nicht langer Zeit den Kursus an der Universität Jurjew (Dorpat) absolvirt hat. Er ist ein Opfer des Flecktyphus geworden.

— Der König von Italien hat dem Professor Dr. Rudolf Virchow bei Anwesenheit desselben in Rom während des internationalen medicinischen Congresses den Grosscordon des Mauritius- und Lazarus-Ordens verliehen.

— Zum Chefarzt der St. Peterburger Gefängnisse ist der bisherige ältere Arzt des hiesigen Zellengefängnisses, Dr. W. Strohm, ernannt worden.

— Dr. Alexander Tscherewkow, Leiter der barteriologischen Station in Charkow, hat sich als Privatdocent für Physiologie an der dortigen Universität habilitirt.

— Dem Leiter des zahnärztlichen Instituts der Wiener Universität, Privatdocenten Julius Scheff, ist der Titel eines ausserordentlichen Professors verliehen worden.

— Der durch seine langjährige praktische und literärische Thätigkeit als Badearzt in Norderney bekannte Geheime Sanitätsrath Dr. Fromm ist in die Badedirection des Ostseebades Heringsdorf eingetreten und wird in dieser Saison dort praktisiren. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Die Kostromasche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat dem Landschaftsarzte des Schtschigryschen Kreises, Dr. Moissejew, für die von ihm verfasste «Belehrung des Volkes über Infectionskrankheiten» ein Honorar von 150 Rbl. bewilligt. Die Brochüre wird in 1000 Exemplaren auf Kosten der Landschaft gedruckt werden.

— Von der militär-medicinischen Academie ist ein Concurs für die Bewerbung um den Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, welcher durch den vor Kurzem erfolgten Tod Prof. Nilus Ssokolow's vacant geworden ist, ausgeschrieben. Die Bewerber haben ihre schriftliche Meldung bei der Conferenz der genannten Academie auf den Namen des Chefs der Academie einzureichen, unter Beifügung des Doctordiploms, ihrer wissenschaftlichen Arbeiten, eines eigenhändig geschriebenen curriculum vitae und zweier Stempelmarken à 80 Kop. Der von der Conferenz gewählte Candidat wird, je nach der Entscheidung der Vorgesetzten, zum ordentlichen oder ausserordentlichen Professor ernannt. Der ordentliche Professor steht als solcher in der V. Rangklasse und bezieht, nach Abrechnung der gesetzlichen Abzüge, an Gehalt 2352 R., Tischgelder 294 R. und Quartiergeld 300 R. jährlich; der ausserordentliche Professor (in der VI. Classe stehend) bezieht an Gehalt 1568 R., Tischgelder 196 R. und Quartiergeld 200 R. jährlich.

— In Astrachan ist vor Kurzem eine Augenheilanstalt eröffnet worden, zu deren Bau und Unterhalt eine Frau Tewjaschew, Präsidentin der dortigen Wohlthätigkeitsgesellschaft die Mittel beschafft hat.

— Zur Hebung des Curorts Saki (in der Krim), wo bereits zwei Anstalten für Schlammbäder, die eine von der taurischen Landschaft und die zweite vom Kriegsministerium, eingerichtet worden, sind neuerdings von der Regierung Maassregeln ergriffen worden. Es ist zur Untersuchung des Saki'schen Sees

eine Commission unter dem Vorsitz des beständigen Mitgliedes des militär-medicinischen gelehrten Comités, Dr. F. I. Piotrowski, dorthin abdelegirt worden. Zum Bestande der Commission gehören Vertreter dreier Ministerien, und zwar der Reichsdomänen, des Inneren und des Krieges, ausserdem werden Professoren der St. Petersburger Universität und des Bergcorps, sowie Hydrotechniker, Ingenieure und Aerzte zu den Berathungen hinzugezogen werden.

— Für diejenigen, welche in die Kumysheilanstalten reisen, die in der Nähe der Eisenbahnstation «Ssamara» der Ssamara-Slatoust-Bahn liegen, wird eine Fahrpreis-Ermässigung auf folgenden Eisenbahnlinien eingeführt: Moskau-Kasan: Rjasan-Ural; Ssysran-Wjasma, Moskau-Kursk und auf der Südostbahn. Eine ebensolche Preisermässigung geniessen auch die Personen, welche in das Mineralbad Lipezk (Gouv. Tambow) sich begeben, auf der Nikolaibahn und auf den Eisenbahnlinien: Moskau-Kasan: Rjasan Ural, Ssysran-Wjasma, bis zur Station «Lipezk» an der Ssamara-Slatoust-Bahn. Auf allen diesen Linien werden besondere Coupons-Büchelchen mit einer Preisermässigung im Betrage von 30 pCt. verabfolgt, jedoch muss das Fahrgeld für die Hin- und Rückreise im Voraus bezahlt werden. (Prias. Krai — Russ. Med.)

— Das Staatsministerium des Herzogthums Sachsen-Meiningen hat eine beachtenswerthe Verfügung erlassen, laut welcher die Carbolsäure in der Hebammenpraxis durch reines Lysol ersetzt wird. Die Herstellung zwei- bis fünfprocentiger Lösungen ist einfach, da sich das Lysol leicht lösen und verdünnen lässt. Unverdünnt darf Lysol nie zur Verwendung kommen.

— Der Millionär, Baron Hirsch hat für verschiedene medicinische Institute Londons 15,000 Pfd. Sterling (ca. 140,000 Rbl. nach dem Course) gespendet.

— Nach dem soeben veröffentlichten officiellen Cholerabulletin herrscht die Cholera in Russland noch in 4 Gouvernements (Kowno, Plozk, Podolien und Radom) und in der Stadt Warschau. In letzterer sind vom 29 März—13. April 2 Erkrankungen und 2. Todesfälle vorgekommen, das Gouvernement Kowno weist vom 3—9. April 13 Erkrankungen und 7 Todesfälle auf, Podolien vom 25. März—11. April 20 Erkrank. und 5 Todesfälle, Plozk von 3—9. April 1 Erkr. und 1 Todesf. und Radom von 3—9. April 11 Erkr. und 6 Todesfälle.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. April d. J. 5878 (494 weniger als in der Vorwoche), darunter 234 Typhus — (11 wen.), 670 Syphilis, — (108 weniger), 58 Scharlach (8 mehr), 25 Diphtherie — (4 mehr). 116 Masern — (2 mehr), und 19 Pockenkranke — (7 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Korsun (Gouv. Simbirsk) bei dem Landschaftshospital im Kirchdorfe Durassowka. Gehalt 1200 Rbl. jährl., ausserdem 200 Rbl. vom örtlichen Gutsbesitzer und 300 Rbl. von der benachbarten Fabrik. Nähere Auskünfte ertheilt Dr. L. S. Krilitschewski, welcher früher diese Stelle selbst bekleidet hat. Adresse: St. Petersburg, Swenigorodskaja, Haus Petrow.

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Lodeinoje Pole (Gouv. Olonez). Geh. 800 Rbl. jährl. Adresse: Лодейнопольская Земская Управа.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. April 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	261	606	100	76	137	15	6	15	44	60	52	41	35	19	3	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 46, Scharlach 11, Diphtherie 17, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 13, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 20.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 26. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. Mai.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Amalie Schulze**, Большая Подьяческая д. 18, кв. 27.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Солянова пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Bad Ems

einzige alkalisch-muriatische Thermen Deutschlands, 25—50° C.

Verschiedene Trinkquellen, Milchkur und Molken, Wasser- und Dampfbäder, Douchen, Massage. Inhalationen jeder Art. Luftcurort Malberg, 333 M. hoch mit Drahtseilbahn. Das Klima ist mild und die Witterungsverhältnisse sind die denkbar günstigsten.

Kurzeit vom 1. Mai bis 1. October.

Prospecte durch die Kgl. Bade-Verwaltung und die Kur-Commission. (52) 5—1.

Русскій переводъ сочиненія:

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten

in sechs Bänden

herausgegeben von **Prof. Dr. F. Penzoldt** in Erlangen, und **Prof. Dr. R. Stintzing** in Jena.

будетъ изданъ К. Л. Риккеромъ въ С.-Петербургѣ.

Dr. C. Dapper's **„Neues Kurhaus"**

Bad Kissingen

Eingerichtet zur speciellen Behandlung aller Magen- und Darmkrankheiten, von Diabetes, Gicht, Ernährungs- und Kreislaufstörungen, sowie funktionellen Neurosen. Vorzüglich erhöhte Lage in nächster Nähe des Kurgartens und des Waldes.

Das ganze Jahr hindurch geöffnet. (48) 13—1

Näheres durch Prospekte. **Dr. C. Dapper.**

Только-что вышло въ свѣтъ **новое изданіе Книгоиздательства**

Ф. В. ЩЕПАНСКАГО, Петербургъ, Невскій пр., № 34.

«Альманахъ по отечественнымъ минеральнымъ водамъ, морскимъ купаньямъ, санитарнымъ станціямъ и др. лечебнымъ мѣстамъ»

Составленный подъ редакціей д-ра **Н. П. ИВАНОВА.**

Съ бальнеографической картой.

Цѣна: 1 р. 50 коп., въ изящномъ переплетѣ 2 рубля.

Настоящее изданіе составляетъ первую у насъ попытку представить отечественной публикѣ сжатый обзоръ различныхъ курортовъ, разбросанныхъ на огромномъ протяженіи Россіи, знакомить публику съ главнѣйшими свойствами русскихъ минеральныхъ водъ, ихъ составомъ, дѣйствіемъ и спеціальнымъ примѣненіемъ при хрон. болѣзняхъ и собрать во-едино имѣющіяся, — къ сожалѣнію, скудныя—свѣдѣнія о мѣстныхъ условіяхъ курортовъ, какъ-то: относительно климата, топографіи, далѣе, на счетъ квартиръ, цѣнъ на продовольствіе, удобствъ, развлеченій, равно и сообщеній и мѣстныхъ врачей, — словомъ, дать нуждающейся публикѣ возможность **искать у себя дома, на родинѣ, то, что она** до сихъ поръ привыкла искать, за дорогія деньги, за границей, затѣмъ при выборѣ и оцѣнкѣ курортовъ и требующихся бальнеологическихъ способовъ леченія не быть совершенно безучастной, а понимать совѣты и назначенія врачей, и въ тоже время соображать необходимые расходы на леченіе, съ состояніемъ личныхъ денежныхъ средствъ.

Сказаннымъ вполнѣ оправдывается raison d'être и своевременность этого недорогаго и, смѣемъ думать, не безполезнаго изданія.

Книжный магазинъ Ф. В. ЩЕПАНСКАГО, С.-Петербургъ, Невскій 34.

Исполняетъ заказы на всѣ русскія и иностранныя книги, и періодическія изданія безотлагательно.

Wasserheilanstalt in Reichenau

(Niederoesterreich)

„RUDOLFSBAD"

an der **Südbahnstation Payerbach, 2 Stunden per Südbahn von Wien** entfernt. **Herrlich** von allen Seiten **geschützte Lage,** in einem der **schönsten Alpenthäler Niederoesterreichs (476** Meter über dem Meere) **Ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft** bilden die anerkannten Vorzüge der seit **26 Jahren bestehenden Anstalt,** in welcher **auch Kranke,** die nur einer **klimatischen Kur** bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 1. Mai

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis), **für Wasserkuren, Electricität und Massage, Oertelsche Kur** gegen **Fettleibigkeit, Fettherz und Herzschwäche.** Eröffnung der **Trinkhalle für Molke, Milch und alle Sorten frisch gefüllter Mineralwasser am 15. Mai** und des **Voll und Schwimmbades** (16—18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) **am 1. Juni.** Täglich Promenaden-Conzert. **Directe Telephonverbindung mit Wien.** Prospecte werden durch die Kur-Inspection auf Verlangen gratis zugesandt. — Nähere Auskünfte ertheilen: **Dr. Ludwig Thomas,** Curarzt; **J. M. Waissnix Erben,** Eigenthümer. (51) 2—1.

Новое изданіе К. Л. Риккера въ Спб., Невскій пр., 14.

РУКОВОДСТВО КЪ КЛИНИЧЕСКОМУ ПОЛЬЗОВАНІЮ ЛѢКАРСТВАМИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ.

Профессора д-ра **Фр. Пенцольдта,** въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ 3-го исправл. и дополн. нѣмецкаго изданія прив.-доц. д-ра **Г. А. Шапиро.**

Русское изданіе второе. 1894. Цѣна 3 руб., съ пересылкой 3 руб. 35 к.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій пр. 14.

ПОСОБНИКЪ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМЪ ИЗСЛѢДОВАНІИ ТРУПА И ПРИ ИЗСЛѢДОВАНІИ ВЕЩЕСТВЕННЫХЪ ДОКАЗАТЕЛЬСТВЪ.

Проф. **Н. А. Оболонскаго** (Кіевъ).

Съ 22 рисунками въ текстѣ и XI табл. 1894. Цѣна 3 р. 60 к., съ перес. 4 р.

Während der ganzen Badesaison ordinire wie im vorigen Jahre in

Reinerz in Schlesien

Dr. Wladyslaw Stan

fr. Assistent des Prof Jurasz in Heidelberg wohne: «**Villa Kaiserhof**». (49) 6—1

Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

Saison: MAI—OCTOBER.

BAD REICHENHALL

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode**, Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete, Bahn- und Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das

K. Badecommissariat.

(40) 3—2.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Deutsche Chirurgie. Begründet von Theod. Billroth und A. Luecke. Herausgegeben von Dr. E. von Bergmann und Prof. Dr. P. Bruns. Lief. 45 c, 1. Hälfte: Prof. Dr. C. Langenbuch, Chirurgie der Leber und Gallenblase. I. Theil. Mit 19 Abbildungen. gr. 8. 1894. Geheftet. Preis 10 M.

de Terra, P., Repetitorium der Zahnheilkunde. Zugleich ein Examinatorium für die zahnärztliche Staatsprüfung. In Fragen und Antworten geordnet. 8. 1894. Geheftet. Preis 9 M.

Thoma, Prof. Dr. Rich., **Lehrbuch der pathologischen Anatomie.** Zwei Theile. I. Theil: Allgemeine pathologische Anatomie. Mit Berücksichtigung der Allgemeinen Pathologie. Mit 436 Abbildungen und 4 Tafeln. gr. 8. 1894. Geheftet. Preis 18 M.

(55) 1—1

MARIENBAD

Quellen: Glaubersalz, alkalische, Eisen und Erdsalze enthaltend.
Bäder mit Kohlensäure, Schlamm-, Eisen-, Dampf-, Gas-, heisse Luftbäder, Wasserheilanstalt. — Die Quellen üben den besten Einfluss aus bei Magen- und Leberleiden, Pfortaderstauungen, Blasenleiden, Frauenkrankheiten, Fettsucht, Blutarmuth, Zuckerharnruhr etc.

Eine gedeckte Promenade ist neuerdings erbaut.
Die Stadt wird electrisch beleuchtet.

Saison vom 1. Mai bis zum 31. September.

Besucher 17000, Durchreisende nicht mitgerechnet. Prospecte und Beschreibungen können gratis aus dem Rathhause bezogen werden.
Zum häuslichen innerlichen Gebrauch: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Die Flaschen enthalten 3/4 Liter.
Natürliche Marienbader Salze gepulvert und crystallisirt (0,862 grm.) Mineralwasser in Flacons à 125 grm. u. 250 grm., oder in Kartondosen à 5 grm.
Pastillen Marienbader Salze enthaltend in Originaldosen gegen Magenleiden und catarrhalische Erkrankungen.
FÜR BADCUREN Marienbader Schlamm, Quellensalzseife, Mutterlauge und Mutterlaugensalze. Diese Präparate kann man in allen Mineralwasserhandlungen, bei allen Droguisten und in grösseren Apotheken erhalten.

(57) 2—1 **Quellenverwaltung in Marienbad.**

Billigste Menschenglasaugenfabrik.
Am. Müller-Hipper, Lauscha Thür. D.

Pädagogium Thale am Harz.

Für Schüler sehr gesunder Aufenthalt, gute Pflege und gewissenhafte Vorbereitung für alle Klassen höherer Schulen. Individuelle und energische Förderung. Beste Empfehlungen. P. mit Unterr. 800—1000 M. Näh. Prospecte. **Dr. Lohmann.** (19) 6—4

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmkatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w. Versand 1893 über 700,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebliche Wildunger Salz** ist nur ein künstliches **zum Theil unlösliches** und geringwerthiges Fabrikat. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen-Hof** erledigt:
(47) 8—1 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

Königliches Bad Oeynhausen.

Station der Linie Berlin-Köln u. Löhne-Hildesheim

Thermal- und Soolbäder vom 1. Mai bis Ende October. Molken- und Milchkur-Anstalt. Allgemeine Wasserleitung und Schwemmkanalisation. Prospecte und Beschreibung übersendet frei die **Königl. Bade-Verwaltung.** (50) 3—1.

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje Selo.

Saison vom 15. Mai. Behandlung mit Kumys, eisenhaltigem Kumys, Kefir, verschiedenen Mineralwässern (natürlichen und künstlichen); warme Bäder mit Zusatz verschiedener Substanzen; Elektrotherapie. Zimmer für Kranke mit voller Pension à 125 pro Monat. (56) 5—1.

STOTTERN

heilt Carl Ernst. Ununterbrochene Curse St. Petersburg, Newsky prosp. № 52. Den Herren Aerzten alle Auskünfte gratis und franco. (53) —1.

SCHLANGENBAD

Eröffnung der
Badeanstalten und der **Molkenkur**
am 1. Mai 1894.

Mai und ab September ermässigte Zimmerpreise. Wegen Wohnungen in den Königlichen Logir- und Badehäusern wolle man sich wenden an:
(54) 1—1 **Die Königliche Badeverwaltung.**

Дозв. ценз. Спб. 23 Апрѣля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XI.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, 30. April (12. Mai) **1894**

Ueber einige Eigenschaften des Harns bei Keuchhusten.

Vortrag, gehalten in Form einer vorläufigen Mittheilung in der pädiatrischen Gesellschaft zu Moskau am 14. Nov. 1892.

Von

Dr. Philipp Blumenthal.

Moskau.

Obgleich der Keuchhusten zu den verbreitetsten und symptomatologisch genau studirten Kinderkrankheiten gehört, sind unsere Kenntnisse von den Veränderungen des Harns bei diesem Leiden doch durchaus mangelhaft In den pädiatrischen Hand- und Lehrbüchern sind fast gar keine Daten darüber enthalten und nur in speciellen Zeitschriften finden sich ab und zu einzelne diesbezügliche Notizen. So fand ich in dem russischen medicinischen Wochenblatte «Wratsch» (Nr. 8, 1892) ein Referat über eine Mittheilung von Cherubino, welches mir auch den Anstoss zu vorliegender Arbeit gegeben hat. Cherubino giebt nämlich an, dass er in Uebereinstimmung mit Gill und Johnston im Harne von keuchhustenkranken Kindern (und zwar in 16 unter 100 Fällen) Zucker nachweisen konnte. Diese hauptsächlich auf der Höhe der Krankheit auftretende Glycosurie will er auf eine durch starke Hustenstösse bedingte Leberstauung zurückführen.

Es schien mir von Wichtigkeit diese an sich sehr interessante Thatsache einer genaueren Prüfung zu unterziehen und wurde ich dabei von Herrn Dr. Hippius in fördernder Weise unterstützt, indem mir derselbe das Material seiner ausgedehnten Privatpraxis zur Verfügung stellte.

In Folgendem will ich vorläufig nur einige Punkte aus der bei Weitem noch nicht abgeschlossenen Arbeit schon jetzt hervorheben, namentlich weil manche Daten, die sich mir besonders häufig ergaben, bis zu einem gewissen Grade auch praktische Bedeutung gewinnen könnten.

Im Ganzen wurde der Harn von 40 keuchhustenkranken Kindern verschiedenen Alters untersucht und zwar fast ausschliesslich der Morgenharn und nur in einzelnen Fällen das ganze Harnquantum für 24 Stunden, da letzteres in der Privatpraxis, zu welcher, wie bereits bemerkt, sämmtliche Patienten gehörten, Schwierigkeiten gemacht hätte. Anderseits bot aber gerade die Privatpraxis ein besonders günstiges Untersuchungsmaterial, indem dadurch das allerfrüheste Incubationsstadium unserer Beobachtung zugänglich wurde, ein Umstand der im weiteren Verlaufe der Arbeit von besonderem Interesse für uns wurde. Der Harn der ersten 10 von mir untersuchten Kinder zeigte von vornherein ganz eigenthümliche Verhältnisse, weshalb ich mich auch veranlasst fühlte die Untersuchung auf ein grösseres Material auszudehnen und ausserdem nach Ausbruch des Keuchhustens in einer Familie den Harn sämmtlicher, auch der noch nicht erkrankten Kinder Tag für Tag zu untersuchen.

Kurz zusammengefasst charakterisirt sich der Harn bei Keuchhusten in folgender Weise: er ist von blassgelber Farbe, von stark saurer Reaction, zeigt ein abnorm hohes specifisches Gewicht von 1,022—1,032 und drüber (wobei zu bemerken ist, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das specif. Gew. sich mehr der maximalen Ziffer nähert) und giebt meist gleich nach der Entleerung ein mehr oder minder starkes Sediment von gelblicher Färbung, welches mikroskopische Krystalle von Harnsäure darstellt. In der allergrössten Mehrzahl der Fälle besteht das Sediment ausschliesslich aus solchen Krystallen, seltener gesellen sich zu denselben noch amorphe Urate. Krystalle von Kalkoxalaten, welche bekanntlich eine häufige Begleiterscheinung solcher Sedimente bilden, bekam ich niemals dabei zu Gesicht. Eiweiss habe ich bis jetzt kein einziges Mal nachweisen können. Dasselbe gilt auch von Zucker, obgleich wiederholt manche Harnportionen Fehling'sche und Nylander'sche Lösungen reducirten. Ob diese Erscheinung durch den reichlichen Gehalt an Harnsäure hervorgerufen ist oder auf eine Vermehrung der Glycuronsäureverbindungen oder auf etwas anderes zurückzuführen ist, mag einstweilen da-

hingestellt bleiben; doch kann ich nicht umhin beiläufig zu bemerken, dass die von Cherubino beschriebene Glycosurie vielleicht eine gleiche Erscheinung darstellte: derartige fehlerhafte Deutungen sind schon Manchem passirt, und bin ich um so mehr versucht hier einen Irrthum zuzulassen, als aus dem mir zugänglichen kurzen Referate nicht zu ersehen ist, welcher Hülfsmittel Cherubino sich bei seinen Untersuchungen bedient hat.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass einige Harnportionen eine ausgesprochene, über die Norm hinausgehende Linksdrehung boten, eine Thatsache, die noch einer genaueren Prüfung unterzogen werden muss (vielleicht durch Glycuronsäure bedingt?)

Obgleich das hohe specifische Gewicht nicht von einer vermehrten Harnsäureausscheidung allein herrühren konnte, so hielt ich es doch aus verschiedenen Gründen für wichtig die Harnsäure quantitativ zu bestimmen. Die an einer zwar sehr bescheidenen Anzahl von Harnportionen ausgeführten quantitativen Analysen ergaben eine sehr deutlich ausgesprochene Vermehrung des Harnsäuregehaltes nicht nur in einzelnen Portionen, sondern auch in der ganzen 24-stündigen Harnmenge: mehrmals übertraf der Harnsäuregehalt die Norm um das 2—3 fache (besonders bei sehr jungen Kindern).

Ich habe zur Controlle in einer grossen Anzahl von Krankheiten, namentlich bei verschiedenen mit und ohne Fieber einhergehenden Erkrankungen der Respirationswege, den Harn auf die angegebenen Merkmale hin: die blassgelbe Farbe, das hohe specifische Gewicht und den vermehrten Harnsäuregehalt, untersucht und habe in keinem einzigen Falle das gleichzeitige Vorhandensein dieser 3 für den Keuchhusten charakteristischen Eigenschaften nachweisen können. Dieselben treten im ersten Beginn der Krankheit auf, gehen dem Husten voraus, ja ich möchte sagen, signalisiren den Eintritt des Hustens, sind deutlich im katarrhalischen Stadium ausgesprochen, und dauern auch im ganzen weiteren Krankheitsverlaufe fort[1]). Nach den bisherigen Beobachtungen möchte ich sagen, dass die beschriebenen Veränderungen des Harns in der ersten Krankheitshälfte stärker und constanter ausgeprägt sind als in der zweiten. Chinin und ganz besonders Antipyrin verändern sie in hohem Grade: das bis dahin sehr hohe specifische Gewicht fällt bis auf 1,005—1,006, die vermehrte Harnsäureausscheidung bleibt ganz aus, der vorher blasse und stark saure Harn wird sehr schnell trübe und alkalisch. Aehnlich wirkt reichlicher Milchgenuss und das Auftreten von fieberhaften Complicationen, besonders von Pneumonien.

Aus dem Gesagten geht nun hervor, dass die von mir beobachteten Veränderungen des Harns beim Keuchhusten weder auf Fieber noch auf Dyspnoe, noch auf Erbrechen oder auf verminderte Wasserausscheidung, noch auf irgend welche andere Momente zurückgeführt werden können, es spricht im Gegentheil alles dafür, dass ihre Ursache im Wesen der Krankheit selbst zu suchen ist.

Obwohl meine Untersuchungen, wie bereits erwähnt, noch sehr lückenhaft sind, so kann ich doch nicht umhin, die vermehrte Harnsäureausscheidung als das massgebende, am meisten charakteristische Merkmal zu betrachten und daher seiner nächsten Ursache nachzugehen. Von den gegenwärtig herrschenden Ansichten über die Bildung der Harnsäure im menschlichen Körper erscheint die von Horbaczewsky vertretene Theorie als die plausibelste und wissenschaftlich am besten begründete; auch liefern meine bereits angeführten Daten über die Wirkung von Chinin, Antipyrin etc. indirect eine Stütze dieser Theorie. Wir glauben daher annehmen zu können — obgleich ich einstweilen noch keine genauen Blutuntersuchungen ausgeführt habe — dass die nächste Ursache der beschriebenen Veränderungen des Harns bei Keuchhusten, primo loco die vermehrte Harnsäurebildung, durch eine abnorme Leukocytose bedingt wird, welche sich höchstwahrscheinlich schon im ersten Beginne des Keuchhustens entwickelt. Dieser an sich höchst interessanten Frage will ich bei meinen folgenden Untersuchungen eine besondere Beachtung schenken und behalte ich mir vor über die gefundenen Resultate genauen Bericht zu erstatten. (Anknüpfend an diesen Vortrag bespricht Dr. A. Hippius an der Hand einiger Krankengeschichten die klinische und speciell diagnostische Bedeutung dieser Untersuchungen. Vgl. Medic. Obosrenje 1893. Nr. 4)

[1]) Professor N. Filatow theilt in der jüngst erschienenen dritten russischen Auflage seiner «Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten» (S. 202) mit, dass er die von mir entdeckten Eigenschaften des Harns bei Keuchhusten in mehr als 10 Fällen nachgeprüft und ausnahmlos bestätigt gefunden hat; er hält daher für vollkommen gerechtfertigt von einem besonderen «Keuchhustenharn» zu reden, derselbe bildet nach F. das hauptsächlichste Kennzeichen in der schwierigen Diagnose des beginnenden Keuchhustens (S. 204).

Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen.

(Ein auf dem V. livländischen Aerztetag in Jurjew (Dorpat) gehaltener Vortrag.)

Von

Dr. R. von Gernet.

M. H.! In der Frage über die Ursache des Kropfes haben bisher die Boden- und Trinkwassertheorie die allgemeine Anerkennung der medicinischen Welt gefunden, so zwar, dass der Gehalt des Wassers an verschiedenen Metallen, Salzen und Säuren, andererseits der Mangel gewisser anorganischer Verbindungen als der allein ausschlaggebende Factor betrachtet wurde. Erst in neuerer Zeit hat Kocher[1]) in Bern die wohlbegründete These aufstellen können, dass man nicht nur die chemische Zusammensetzung des Trinkwassers beschuldigen dürfe, sondern dass organische Substanzen-Mikroorganismen, Bacillen und Kokken die Urheber des Kropfes seien. Zwar ist der Bacillus noch nicht gefunden, doch ist uns mit dieser Erkenntniss bereits eine gewichtige Handhabe zur Bekämpfung des Kropfes gegeben und wird damit an uns die Forderung gestellt energisch in diesen Kampf einzutreten.

Während in andern Ländern, wo der Kropf endemisch, die nothwendigen Vorarbeiten zu erfolgreicher Arbeit in diesem Gebiete bereits erledigt und die Kropf- und Myxödemcommissionen bereits ihre segensreiche sanitäre Wirksamkeit entfaltet, haben wir in den Ostseeprovinzen in dieser Richtung die Arbeit noch nicht aufgenommen. Wir kennen noch nicht einmal annähernd die Zahl unserer Kropfkranken, wir kennen noch nicht einen einzigen Kropfbrunnen und doch existiren deren hier viele, wie es schon gelegentliche Beobachtungen zeigen.

Wir haben daher mit dem Herrn Dr. Zoege v. Manteuffel versucht den ersten Schritt zu thun, um zunächst einiges Licht in diese Frage zu bringen. Zu dem Behufe haben wir Nachforschungen angestellt und durch die dankenswerthe Liebenswürdigkeit einer Reihe von Collegen einige Daten sammeln können. Etwa $^1/_5$ der Herren Collegen Est- und Livlands hat die Freundlichkeit gehabt, uns auf unsere Anfragen Antworten zu Theil werden zu lassen. Die so gewonnenen Zahlen bergen dennoch manch interessantes Resultat. Die Herren werden mir gestatten, Ihnen dasselbe vorzulegen.

[1]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Festschrift zu Thiersch's 70. Geburtstag 1893.



Wenn die Zahl der uns zugegangenen Angaben eine geringe ist, so ist dieses zum grossen Theil zurückzuführen auf die Eigenschaften des hier vorkommenden Kropfes. Die Geschwulst der Thyreoidea einzelner Kropfgegenden zeichnet sich aus durch ein exquisites, progressives Wachsthum, das schliesslich monströse Tumoren entstehen lässt, deren Abbildungen wir anstaunen müssen. In anderen Gegenden treten die Grösse der Geschwulst und die damit verbundenen Beschwerden mehr in den Hintergrund, vielmehr ist es die nur zu häufige maligne Degeneration derselben in Carcinome und Sarkome, welche die Patienten zwingt sich einer Operation zu unterziehen. Wieder in anderen Gegenden treten die Folgezustände der oft bereits geschwundenen Struma — das Myxödem oder der Cretinismus — mehr in den Vordergrund. Alle diese Eigenschaften finden wir hier zu Lande selten. Das Myxödem ist bisher in wenigen Fällen beobachtet worden. In den uns zugegangenen Antwortschreiben finde ich es blos 2 mal angeführt. Einen Fall haben wir in Behandlung gehabt, 2—3 weitere Fälle befinden sich in der Umgegend Dorpats und sind ihrer Zeit in den Kliniken demonstrirt worden. Von strumösem Cretinismus ist uns blos in einem Falle mitgetheilt worden, wir selbst haben keinen solchen beobachtet, er scheint hier zu den Seltenheiten zu gehören. Die carcinomatöse und sarkomatöse Degeneration der Strumen wird ebenfalls selten beobachtet. Es sind mir allerdings Fälle bekannt, dass die Diagnose der malignen Degeneration histologisch nachgewiesen worden, doch ist uns kein solcher Fall zugegangen. Nicht einmal eine hervorragende Grösse erreichen die Kröpfe. Es ist auffallend, wie selten dieselben in solchem Umfange gesehen worden, dass es den Trägern derselben schwer fällt, sie unter Halstüchern, Kragen oder Haubenbändern zu verbergen, vielmehr sehen wir sie meist in der Grösse eines kleinen Apfels, einer Kinderfaust und dem entsprechend machen sie wenig Beschwerden. Selten sind es daher andere Gründe, als rein kosmetische oder die Furcht vor weiterem Wachsthum der Geschwulst die die Patienten zum Arzte treiben. In einer grossen Zahl der Fälle ist bei der Untersuchung auf andere Leiden der Kropf ein zufälliger Befund.

Seine Wachsthumsenergie ist eine auffallend geringe. Der Beginn fällt meist in die Zeit der Pubertät, oder ersten Schwangerschaft und doch finden wir ihn bei hochbetagten Trägerinnen immer noch in mässiger Grösse. Bei langsamem Wachsthum hält er häufig in diesem inne und erfährt höchstens noch eine kolloide, seltener fibröse Umwandlung. Er bietet dann dem Chirurgen ein leichtes Operationsobject, da gerade in diesem Stadium die intraglanduläre Ausschälung der Kropfcysten, ein Verfahren des von Socin in neuerer Zeit zur Methode erhoben, eine leichte und gefahrlose Operation ist. Von uns ist dieselbe in den letzten zwei Jahren unter 23 Fällen — 12 mal mit Erfolg geübt worden.

Vergleichen wir diese Zahlen mit den Berichten Anderer, so finden wir, dass Billroth in 7 Jahren nur 7 Enucleationen ausführte, im ganzen allerdings 84 Kropfoperationen — also 12 im Jahre, Socin in 2 Jahren 20, Wölffler in Graz in 6 Jahren 12. Wenn wir in etwas über 2 Jahren über 12 Enucleationen verfügen, so ist dieses eine grosse Verhältnisszahl.

Die absolute Zahl der Strumen lässt sich aus den von uns gewonnenen Daten allerdings nicht einmal approximativ bestimmen. Die Stadt Riga habe ich aus unserer Berechnung ausschliessen müssen, weil mir von dort her zu wenig Angaben zu Gebote stehen, als dass man sie irgendwie hätte verwerthen können. Aus Livland und Estland sind uns zusammen mit unseren hier beobachteten 249 Fälle gemeldet worden. Danach sind wir bereits jetzt im Stande uns ein Bild zu machen, das zwar im Allgemeinen unklar, für einzelne Gegenden aber dennoch scharf zu werden verspricht. Bei der geringen Zahl der Landärzte in Estland bleibt uns das flache Land dort zunächst unerschlossen, besser sind darin die Verhältnisse in Livland und dem entsprechend können wir hier beginnen dieses Bild zu entwerfen.

Aus dem Werroschen Kreise ist uns kein einziger Fall genannt worden, auch im Lemsalschen und in Oesel höchst selten und vereinzelte, die anderen Kreise scheinen ziemlich gleichmässig schwach befallen zu sein. Das bei weitem grösste Contingent stellt Dorpat. Ob in Folge der grösseren Zahl der beobachtenden Aerzte hier mehr gezählt worden sind, oder ob Dorpat stärker befallen, muss ich dahingestellt sein lassen. Nach unseren bisher gewonnenen Zahlen kommt hier auf 1000 Menschen ein Strumöser, eine Zahl, die sich mit denen der exquisiten Kropfgegenden nicht annähernd vergleichen lässt, fand doch die Vardinische Commission in Bozel über 61 pCt. der Bevölkerung erkrankt, doch wird sie sich hier bei genauer Nachforschung wohl etwas höher stellen — etwa 2—3 ‰, was dem procentischen Verhältnisse gewöhnlicher Kropfgegenden entsprechen würde. Eine Bestimmung der Kropfbrunnen der Stadt ist noch nicht möglich gewesen, doch scheinen in der Jamaschen-, Jakob- und Johannisstrasse solche zu sein. Auf dem flachen Lande haben wir von den vielen Herden, die dort sicher bestehen, bisher nur einen annähernd bestimmen können. Im Schloss Adselschen Kirchspiele sind die Brunnen des Chausseekruges und in Grundsahl kropfig. Eine genaue Erforschung der Gegend und Schliessung der betreffenden Brunnen wäre erforderlich. Die weitaus grösste Zahl Kropfkranker scheint Reval aufzuweisen. Die Stadt bezieht ihr Wasser, abgesehen von einigen Privatbrunnen, aus dem Karribrunnen und aus der Wasserleitung, die vom oberen See hergeführt ist. Es erscheint mehr als auffällig, dass in einer grossen Zahl der Fälle die Angabe gemacht wird, das Trinkwasser sei der Wasserleitung entnommen. Danach scheint der obere See kropfig zu sein, in wie weit es der Karribrunnen und die anderen Brunnen der Stadt sind, ist noch nicht zu ersehen. Gerade für Reval wäre es eine relativ leichte und dankbare Arbeit, diese Verhältnisse aufzudecken und eventuell durch Verbesserung des Wasserleitungsfilters diesem Uebelstande Abhülfe zu schaffen.

Wenn längere und sorgfältigere Nachforschungen noch eine grosse Zahl solcher kropfiger Gewässer aufgedeckt, wenn manche Quelle oder Wasserader, mancher Bach oder See als kropfig erkannt worden, dann erst wird es gelingen, durch Schliessung dieser Brunnen, durch eindringliche Warnung vor solchen Wässern der Kropfendemie Herr zu werden. Welch schöne Resultate durch solche Arbeiten bereits gewonnen, beweist oben genanntes Bozel in Sardinien. Als der Gemeinderath von Bozel eine als kropffrei bekannte Quelle ins Dorf leiten liess, war der Erfolg der, dass St. Layer bei einer späteren Untersuchung an dem betreffenden Orte blos noch bei Greisen Kröpfe vorfand, die aus der Zeit der früheren Wasserversorgung herstammten.

Ich schliesse mit der Bitte, die Herrn Collegen möchten diese Arbeit als ersten Versuch betrachten, die Erfolge der unausgesetzten Arbeit anderer Generationen und Nationen in diesem Gebiete auch für unsere Lande nutzbar zu machen. Wenn auch die Ostseeprovinzen nicht zu den exquisiten Krofgegenden zu zählen sind, so sind wir dennoch im Stande zu sagen, dass der Kropf hier endemisch ist, und wo diese Erkenntniss da ist, und die Mittel ihn zu bekämpfen gegeben, ist es unsere Pflicht, diese Mittel zu ergreifen.

Referate.

W. Liermann: Zur ambulanten Behandlung der Oberschenkelfracturen. (Centralblatt für Chirurgie 1894 № 8).

Modification der Harbordt'schen Schiene.

Die Schiene wird an die mediale Seite des Beines angelegt und besteht aus je einer Holzschiene für Ober- und Unterschenkel, die durch verstellbare Eisenschiene im Knie mit feststellbarem Gelenk verbunden sind. Unten Trittbügel mit Extensionsschraube die an eine Extensionsgamasche angehakt wird und zum Gehen entfernt werden kann. Da der Sitzring biegsam, die Schienen verstellbar sind, passt der Apparat für jede Grösse (excl. Kinder). Er wird mit appretirter Stärkebinde angelegt. Z.

Prof. Helferich: Weitere Mittheilungen über die Operation der winkligen Kniegelenksankylose und die bogenförmige Resection des Kniegelenkes überhaupt. (Archiv für klin. Chirurgie von Langenbeck, Bd. 46, Heft 3).

Das von H. schon auf dem 20. Congress für Chirurgie empfohlene Verfahren der Resection des Kniegelenks, bestehend in einer convexbogenförmigen Anfrischung des Femur und concavbogenförmigen der Tibia (genauer convex- und concavcylindrische) bewährte sich ihm in einer Reihe von 30 Fällen sowohl bei Behandlung der winkligen Kniegelenksankylose als auch zur Arthrodese und namentlich Resection des Kniegelenkes bei Arthritis deformans und Tuberculose.

Vortheile der Methode sind festes Ineinanderliegen der Knochen, daher einfache Fixation bei der Nachbehandlung und relativ frühe Gebrauchsfähigkeit. Bei Ankylose sind von 2 Längsschnitten aus die Flexoren zu durchtrennen. Geringere Grade gleichzeitiger Contractur können später nachcorrigirt werden, wenn sie sich nach der Resection nicht sofort begleichen lassen, da bei späterem Brisement Bewegungen der Knochen gegen einander stets nur im Sinne der Flexion und Extension möglich sind. Z.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

565. Sitzung am 4. Januar 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz.

Herr Th. v. Schroeder theilt als Nachtrag zu seinem am 13. April a. p. über Aktinomykose des unteren Thränenröhrchens gehaltenen Vortrag (№ 25 der St. Petersb. med. Wochenschrift 1893) mit, dass ihm im Sommer 1893 von Dr. Hulanicki Pilzconglomerate übergeben worden seien, die durch Verstopfung des unteren Thränenröhrchens das gleiche klinische Bild hervorgerufen hätten wie in S.'s Fall. Die von Dr. Westphalen angestellte Untersuchung ergab auch hier Aktinomykes. Durch Nachforschungen in der Literatur ist S. der Nachweis gelungen, dass Streptothrix Foersteri und Aktinomykes identisch sind. An diese Mittheilung knüpft S. Bemerkungen über die Unterschiede des Auftretens des Aktinomykes im Thränenröhrchen und an den übrigen Körpertheilen. — Der ganze Vortrag erscheint demnächst in Zehender's klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde.

Secretär: W. Beckmann.

566. Sitzung, am 18. Januar 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz.

Herr Kallmeyer stellt zwei Patienten vor: 1. Einen 32-jährigen Schriftsetzer, bei welchem sich eine eigenthümliche Beschäftigungsneurose entwickelt hat. Patient, Potator, hat in der letzten Zeit über einem sehr unleserlichen Manuscript nicht unter 13 Stunden täglich gearbeitet und hierbei den Alkoholgenuss erhöht. Gewohnheitsgemäss halten die Schriftsetzer das Manuscript zur linken Seite, während der Schriftkasten vor ihnen steht. Vor einem Monate bemerkte Patient, dass sich bei ihm nach 5—6 stündiger Arbeit Schmerzen im Kopfe einstellen und letzterer die Neigung hat die nach links gedrehte Stellung beizubehalten. Als Patient sich vor einer Woche dem Vortragenden präsentirte, war sein Kopf ad maximum nach links gedreht und konnte nur durch Fixiren des Kinnes vermittelst der Hand in normaler Stellung erhalten werden; in geringerem Maasse auch spontan für kurze Zeit durch grössten Willensimpuls. Fielen diese Factoren weg, so drehte sich alsbald der Kopf nach links und Patient musste dementsprechend seine Körperstellung verändern. Die Erscheinungen sind am Tage der Vorstellung schon bedeutend weniger deutlich ausgesprochen. Die Augen sind gesund. Die Zähne des Patienten tragen die Merkmale chronischer Bleivergiftung. Tremor alcoholicus, Pityriasis versicolor. Vater potator, Mutter tuberkulös. — Vortragender sieht den Fall als eine Beschäftigungsneurose sui generis im Gebiet der oberen linksseitigen Cervicalnerven (musc. obliq. capit.) an, zu welcher die chronische Alkohol- und Bleivergiftung den Boden geschaffen haben. Die Therapie besteht in Einschränkung der Arbeitszeit und Alkoholaufnahme, Rechtshaltung des Manuscripts und innerlicher Darreichung von Brom- und Jodkalium.

2. Eine Kranke, welche 8 Jahre zum Krankenbestand des Obuchowhospitals gehört hat und während dieser Zeit mehrere Tausende Morphiuminjectionen erhalten hat. Patientin 61 J. alt, früher Tagelöhnerin, litt bei ihrem Eintritt und während der grösseren Hälfte ihres Aufenthaltes an periodisch auftretenden, derartig heftigen cardialgischen Schmerzen, dass sämmtliche angewandten Heilmethoden versagten und nur das Morphium sich als wirksam erwies. Einer Reihe von Aerzten gelang es nie irgend eine einigermaassen sichere Erklärung für die Cardialgien zu finden, oder eine Organerkrankung nachzuweisen. Die Schmerzanfälle in der Herzgrube traten in unregelmässiger Weise einige Male im Monat auf und währten 1—3 Tage. Während derselben redete die Kranke irre, benahm sich ungeberdig, äusserte lebhaften Schmerz, verweigerte jegliche Nahrung und lag mit eingezogenen Beinen und Epigastrium in ihrem Bett. War der Anfall vorüber, so machte sich Patientin dem Wartepersonal behülflich. Sie hat die ganze Zeit unter Morphium gestanden. Mehrfach versuchte, energisch und andauernd geleitete Entwöhnungscuren führten zu keinerlei Resultaten. Intercurrirend hatte Pat. im Hospital einige Male grippöse Erkrankungen und einmal eine kroupöse Lungenentzündung durchgemacht. — Im Laufe der Jahre hatte sie ihre Beziehungen zur Aussenwelt verloren, so dass sie zuletzt ganz allein stand. In den letzten 3 Jahren hatte sie aus äusseren Gründen ihren bisherigen Aufenthaltsort wechseln müssen und war in andere Abtheilungen des Hospitals und in andere Umgebung gekommen. Die Erscheinungen liessen an Intensität nach. Vor einigen Monaten ist die Patientin endlich in das städtische Armenhaus übergeführt worden, wo es bald gelungen ist ihr das Morphium ganz zu entziehen. Patientin fühlt sich jetzt ganz wohl und hat trotz der schlechteren Verpflegungsverhältnisse im Armenhause dermaassen zugenommen, dass es schwer fällt sie wiederzuerkennen. Es dürfte sich also um ein hysterisches Individuum gehandelt haben, bei welchem die Erscheinungen mit zunehmendem Alter und mit gesicherter Altersversorgung erloschen sind. Vortragender weist darauf hin, wie vorsichtig man zuweilen mit der ersten Spritze Morphium sein müsse und nach wie langer Zeit des Morphiumgenusses es noch möglich sei dasselbe zu entziehen.

3. Herr Ph. Strauch berichtet über einige Fälle von Prostataatrophie. Bei der combinirten Untersuchung per rectum mit Zuhülfenahme der Sonde ist die Prostata leicht zu fühlen. In den untersuchten Fällen fehlte der Apex prostatae ganz, ebenso die mittlere Partie, während die Seitenlappen verkleinert waren. 2 Pat. klagten über Harndrang, der dritte über Schmerzen im Perineum nach dem Coitus und im Gürtel. Diese Schmerzen sind durch Verengerung oder Deviation, welche die Ductus ejacul. bei dem Schrumpfungsprocess erfahren, zu erklären. Von den 3 Pat. hatte einer keine Epidydimitis gehabt. In einem vierten Fall handelte es sich um Hemiatrophia prostatae nach Sectio lateralis sinistra, die schon vor Jahren gemacht war. Der linke Lappen und der mittlere Theil der Prostata fehlten gänzlich. Der Pat. litt abwechselnd an Incontinenz und vermehrtem Urindrang.

4. Herr Moritz berichtet über die in den Jahren 1884—94 im deutschen Alexanderhospital beobachteten Fälle von Perityphlitis. Er ist der Meinung, dass von Seiten der Chirurgen die Gefährlichkeit der Krankheit zuweilen übertrieben wird. Von den 45 zur Beobachtung gelangten Fällen ist nur einer gestorben. Bei demselben war es zur Bildung eines Senkungsabscesses mit stinkendem kothigem Inhalt gekommen Der Abscess wurde in der Beistenbeuge eröffnet. Der Pat. starb an Sepsis. Bei der Section fand sich ausser dem eröffneten Abscess noch ein zweiter Herd hinter dem Coecum, eine Communication beider Herde, die bei der Operation nicht gefunden werden konnte, wurde bei der Section nachgewiesen. In einem zweiten tödtlich verlaufenden Fall, der mit Frösten einherging, konnte bei Lebzeiten nur die Diagnose eines eitrigen Processes in der Oberbauchgegend (linker Leberlappen) gestellt werden. Bei der Section fand sich ein retrocoecaler Koth- und Jaucheherd. Die jauchige Entzündung hatte sich hinauf bis hinter die Leber verbreitet. Es fanden sich mehrere Eiterherde, darunter einer im linken Leberlappen. In der Anamnese dieses Falles fanden sich Angaben, denen zufolge es sich am Anfang der Erkrankung um einen ganz leichten schnell verlaufenden perityphlitischen Anfall gehandelt haben konnte.

Unter den 45 Fällen von Perityphlitis handelt es sich in 6 Fällen um Recidive. Herr Moritz hält die von gewisser Seite aufgestellte Indication bei einem zweiten Anfall stets einen chirurgischen Eingriff vorzunehmen, nicht für gerechtfertigt.

5. Herr Moritz berichtet ferner über einen Fall, in dem die Diagnose auf Gallensteine gestellt werden konnte,



ohne dass ein typischer Anfall von Gallensteinkolik mit Icterus etc. zur Beobachtung gekommen wäre. Vortragender sah Pat. zuerst vor 6 Jahren, dieselbe klagte über Schmerzen in der Lebergegend, die auch schon vorher vorhanden gewesen waren. Bei der Untersuchung fand sich die Leber vergrössert, ihr scharfer Rand war fühlbar, ausserdem konnte ein Vorsprung entsprechend der Gallenblase gefühlt werden. Es bestand Enteroptose. Locale Reizungserscheinungen mit Fieber. Es wurde die Diagnose auf verhaltene Gallensteine gestellt. Im Verlauf der folgenden 6 Jahre hatte Pat. Schmerzen in Intervallen, nie aber Icterus oder Erbrechen. Pat. ging an den Folgen einer sich ausbildenden Arteriosklerose zu Grunde. Der bei der Section gefundene Gallenstein von etwa Bohnengrösse wird demonstrirt. Der Ductus choledochus ist offenbar die ganze Zeit frei gewesen.

6. Einen Fall von Pneumonie mit sehr kurzem Verlauf hat Herr Moritz unlängst beobachtet. Er wurde am 30. Nov. Abends zu einem kräftigen jungen Kaufmann gerufen. Pat. war am Tage mit Schüttelfrost erkrankt. Die T. war 39,3 der Puls voll. Kein Husten. Nur ein Mal hustete Pat. und brachte dabei etwas geballtes röthlich gefärbtes Sputum zum Vorschein. Dasselbe enthielt eine Reincultur von Diplococcen. Am folgenden Tage trat Herpes labialis et nasalis auf und ein stark juckendes Erythem. Die T. war schon bis 37,4—37,6 abgefallen. In den Lungen war weder am ersten Tage noch auch später irgend etwas zu hören, nur dann und wann etwas leichtes grobes Rasseln. Am 4. December trat noch eine leichte Fiebersteigerung bis 38,1 auf, darnach Genesung. Trotz fehlenden objectiven Befundes konnte doch mit Sicherheit Pneumonie angenommen werden. Herr Moritz ist der Meinung, dass abortive Fälle von Pneumonie ziemlich häufig vorkommen, er hat sie besonders in den letzten Jahren gar nicht selten beobachtet.

Herr Schmitz hat einen analogen Fall kürzlich gesehen. Am 7. Januar Abends spät wurde er zu einer über 50 Jahr alten Dame gerufen, die sich seit einigen Tagen unwohl fühlte. Abends Schüttelfrost bei 40,6°, Glieder- und Kopfweh. Objectiv war nichts nachzuweisen. Pat. hatte schon seit Jahren Husten, klagte jetzt aber über Schmerz in der linken Lungenspitze. Nach Salipyrin 0.5 hatte Pat. am nächsten Morgen 38,1 aber schon im Lauf des Tages war die Temp. normal, dabei trat Sputum croceum auf, das 5 Tage lang bei normaler oder subfebriler T° bis 37,8 expectorirt wurde. Am vierten Tage fanden sich Anzeichen eines kleinen Heerdes l. hinten in der Gegend des Spina scapulae. Das Allgemeinbefinden war vom zweiten Tage an ausgezeichnet. Offenbar handelte es sich um eine centrale Pneumonie leichten Grades.

7. Herr v. Essen berichtet über einen Fall von Codeinexanthem. Die 31-jährige Pat. wurde am 6. Januar 1894 wegen Influenza in's Obuchowhospital aufgenommen. Am folgenden Tage nahm Pat. von einem Ipecacuanhainfus 0,3—100,0 mit 0,08 Codein einige Esslöffel ein. Im Ganzen etwa 0,02—0,03 Codein. Am nächsten Morgen fand sich bei gleichzeitigem Nachlass der Influenzaerscheinungen ein lebhaft rothes flächenförmiges Erythem an der Innenfläche der Arme, von den Händen bis zur Achselhöhle, ebenso an den lateralen Theilen des Rumpfes und des Bauches, ferner an der Innenfläche der Schenkel und Knie. Bedeutend schwächer ausgesprochen war das Exanthem (grosse Flecken mit unregelmässigem Rande) auf Rücken, Brust, Bauch, Dorsalfläche der Arme und Beine. Das Exanthem juckte ganz wenig. Es wurde dieselbe Mixtur ohne Codein verordnet. Am Tage nach der Eruption fand sich noch eine geringe gleichmässige Röthe des ganzen Körpers, die am folgenden Tage nicht mehr vorhanden war. Auch die Influenzaerscheinungen waren zurückgegangen. Um den Zusammenhang des Auftretens des Erythems mit dem Codein sicherzustellen, bekam Pat. am 10. Januar ein Pulver von 0,02 Codein. Am 11. Januar fand Vortragender bei der Visite von neuem ein diffuses Erythem über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes. Die Farbe ist lebhaft scharlachroth, verschwindet auf Fingerdruck, um bei Nachlass desselben wiederzukehren. Schon 3 Stunden nach Einnehmen des Pulvers bekam Pat. Frösteln und entdeckte Röthe der Hände, die unter leichtem Brennen und Jucken der Haut sich über den ganzen Körper verbreitete. Gleichzeitig allgemeines leichtes Unwohlsein mit Hitze, Kopfschmerzen und Ohrensausen. In Folge dessen schlaflose Nacht, schon am Morgen Aufhören des Kopfschmerzes. Am 12. Januar ist das Erythem schon ganz blass am 13. Januar nicht mehr nachzuweisen. Ein weiterer Versuch mit 0,01 Morphium rief kein Exanthem hervor, es trat am nächsten Tage nur leichtes Hautjucken auf. Nach den beschriebenen Erythemen schilferte die Haut ganz leicht ab, vorwiegend am Halse und in den Axelhöhlen. — Herr v Essen hält das Codein für die Ursache des Erythems, er verneint die Möglichkeit einer anderen Ursache auf die Frage des Herrn Moritz. Herr Petersen hat nach Ergotin ein ähnliches Exanthem beobachtet.

8. Herr Tiling berichtet über einen Fall von Dickdarmtenesmen und Sphincterkrämpfen infolge von Koprostase bei einem kräftigen Mann, der in Alcoholicis und Narcoticis früher extravagirt hatte. Die Erscheinungen traten anfallsweise auf und dauerten bis 15 Stunden. Neben rasenden Schmerzen und kaltem Schweiss machten sich Anzeichen ungenügender Herzaction bemerkbar. Pat. hatte die letzten 10 Tage beständig Schmerzen, weswegen er dem behandelnden Arzt eine Untersuchung per anum nicht gestattete. Dazwischen war 1 mal ein Clysma gestellt worden, auch war nach Verabfolgung eines Abführmittels 1—2 Tage lang Diarrhoe vorhanden gewesen. Als Ursache der Krankheit fand T. einen faustgrossen runden harten Kothballen im Rectum neben dem die flüssigen Stühle abgegangen waren. Ein Oelklystier beförderte den Ballen heraus. Genau denselben Befund constatirte Tiling bei einer alten Dame von über 70 Jahren, die gleichfalls anfallsweise Schmerzen im After hatte. Es handelt sich in solchen Fällen um Kothanhäufung in der Ampulle.

Herr Fremmert hat bei einem jungen Mädchen, das 10 Tage nicht zu Stuhl gewesen war, einen über faustgrossen Kothballen mit den Fingern zerbrechen müssen, ehe er zu Tage gefördert werden konnte.

Herr Wanach beobachtete eine Kothstauung höher oben im Darm bei einem Collegen, der jahrelang an Hämorrhoiden, Stuhlbeschwerden und Schmerzen in der Flexura lienalis coli litt. Pat. unterzog sich der Hämorrhoidaloperation, dieselbe brachte aber nicht die gewünschte Erleichterung, es traten vielmehr nach einigen Tagen Tenesmen auf, trotzdem der Darm vor der Operation gründlich entleert worden war. Die Beschwerden wuchsen bis erst viel später, trotzdem Pat. die ganze Zeit nichts gegessen hatte, und nach einer Woche Landaufenthalt enorme Kothmassen abgingen. Damit schwanden alle Beschwerden, auch die Schmerzen in der Flexura coli lienalis. Kothstauungen im Rectum sind häufig, höher oben schon seltener.

Herr Bidder erinnert an die Koprostasen in den höher oben gelegenen Theilen des Darmes, die im Wochenbett Peritonitisähnliche Erscheinungen hervorrufen können.

9. Herr Germann demonstrirt eine schöne totale Cataracta accreta, welche er aus dem rechten Auge eines 21-jährigen Mannes extrahirt hatte. Im 16. Lebensjahre hatte der junge Mann eine schwere acute Augenentzündung durchgemacht — offenbar eine Erkrankung des gesammten Uvealtractus. Das Sehvermögen ging bald verloren und im Laufe zweier Jahre bildete sich in der Pupille eine intensiv gelb-weisse sehr auffallende Trübung. Bei der Aufnahme in das Augenhospital fand sich: Am rechten Auge ein completer Kalkstaar. Die Pupille weiter als links; Iris zum Theil dem Staar angewachsen, von atrophem Aussehen und reactionslos. Auge vollständig blind. Hornhaut vollkommen klar. Die Spannung des Augapfels etwas unter der Normalen.

Patient bat dringend um die Operation, weil die auffallende Entstellung sein materielles Fortkommen gefährdete. Da die Operation nur kosmetische Zwecke verfolgte, wurde zunächst versucht ohne Iridectomie den Staar zu entfernen. Es gelang nicht und nach kleiner Iridectomie nach abwärts (wegen ungeberdigen Verhaltens des Patienten konnte nicht nach oben iridectomirt werden) wurde der Staar mit dem Löffel geholt. Etwas flüssiger Glaskörper. Heilungsverlauf bis heute gut — der 6. Tag.

Germann hebt die grosse Seltenheit completer Versteinerungen der Linse bei vollkommen normaler Hornhaut hervor. In 12 Jahren war es an dem grossen Materiale der St. Petersburger Augenheilanstalt der einzige derartige Fall.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Der berühmte Wiener Chirurg, Prof. Dr. Eduard Albert, Director der I. chirurgischen Klinik der Wiener Universität, ist von der Kaukasischen medicinischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt worden.

— Wie der «Wratsch» erfährt, hat der Kriegsminister, welchem bekanntlich die militär medicinische Academie unterstellt ist, die interimistische Ausübung der Functionen des Professors der speciellen Pathologie und Therapie, an Stelle des kürzlich verstorbenen Professors N. Ssokolow, dem Privatdocenten der genannten Academie, Dr. M. W. Janowski, übertragen. Die Wahl des definitiven Nachfolgers N. Sokolow's ist diesmal der Conferenz der Academie überlassen worden, abweichend von den Bestimmungen des neuen Statuts der Academie, dem zufolge die Wahl und Ernennung der Professoren seitens der Regierung erfolgt, wie das auch in einigen Fällen in letzter Zeit geschehen ist.

— Der rühmlichst bekannte Chirurg Prof. Dr. Franz König in Göttingen beging vor Kurzem sein 25-jähriges Jubiläum als Professor.

— Wie wir einem Specialtelegramm des «St. Petersb. Herold» entnehmen, ist Prof. Dr. Czerny in Heidelberg officiell als Nachfolger Billroth's an die Wiener Universität berufen worden.



— Die ausserordentlichen Professoren der Wiener Universität A. Politzer (Otolog), J. Grube (Otolog) und Carl Störck (Laryngolog) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

— Der durch den Tod Charcot's vacant gewordene Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Pariser Universität soll Dr. Malassez übertragen worden sein.

— Prof. extraord. Dr. Franz Tuczek, welcher seit dem Tode Prof. Cramer's die psychiatrische Universitätsklinik in Marburg leitet, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Am 1. Mai d. J. begeht der Landschaftsarzt des St. Petersburger Kreises, A. A. Komin, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit, im Dienste der Landschaft. 23 Jahre seiner Thätigkeit hat er im Lembolow'schen ärztlichen Bezirk und die letzten zwei Jahre im Wartemäki'schen Bezirk verbracht.

— Bestätigt: Der Chef der militär-medicinischen Academie, Academiker, wirkl. Staatsrath Dr. Paschutin — als ordentl. Professor emeritus.

— Ernannt: Der Corpsarzt des 7. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Lessnowski — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Odessaer Militärbezirks; der Corpsarzt des kaukasischen Armeecorps, Geheimrath Odnossumow — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des kaukasischen Militärbezirks.

— Helsingfors. Zu ausserordentlichen Professoren sind ernannt worden die Docenten: Lucksdorf für Hygiene und Smirnoff für Syphilidologie und Hautkrankheiten.

— Verstorben: 1) In Dondangen (Kurland) der dortige Arzt Louis Eckmann im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1853—57 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1859 war E. von 1860—70 Fabrikarzt, anfangs fünf Jahre in Zintenhof, dann zu Quellenstein in Livland und siedelte 1870 nach Dondangen über, wo er bis zu seinem Lebensende als praktischer Arzt wirkte. 2) In Petrosawodsk der Landschaftsarzt Schapiro, welcher sich mit Schwefelsäure vergiftet hat. 3) Im Stadthospital von Jekaterinodar die Aerztin Schnee-Goldenberg nach der an ihr vorgenommenen Operation eines Uterinspolypen. Die Verstorbene war längere Zeit in der Stadt Stawropol (Kaukasus) als Aerztin thätig gewesen. 4) Am 5./17. April in Klausenburg der Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Dr. E. Szilágyi, ein Bruder des ungarischen Justizministers.

— Der Ehrenleibarzt des türkischen Sultans und Präsident der medicinischen Gesellschaft in Constantinopel, Dr. Zambaco Pascha, hat der hiesigen militär-medicinischen Academie eine Serie seiner hervorragenden Schriften über die Lepra zum Geschenk gemacht. Die Academie hat ihn zum Zeichen ihrer Dankbarkeit für diese Spende zum correspondirenden Mitgliede gewählt.

— Die Dentisten der Stadt Nishni-Nowgorod beabsichtigen während der dort im Jahre 1896 stattfindenden allrussischen Ausstellung daselbst einen Congress russischer Dentisten zu veranstalten. Die Concession dazu ist von der Regierung bereitwilligst ertheilt worden.

— Im Laufe dieses Jahres begehen drei medicinische Gesellschaften in Russland ihr 25-jähriges Jubiläum: es sind die Gesellschaft Astrachanscher Aerzte, die Gesellschaft der Aerzte in Grodno und die Gesellschaft Pleskauscher Aerzte.

— An den medicinischen Facultäten des deutschen Reiches waren im letzten Wintersemester 7876 Medicinstudirende inscribirt; hiervon entfielen die meisten (1279) auf Berlin, sodann auf München (1114) und auf Leipzig (788).

— An der Wiener medicinischen Facultät waren im verflossenen Wintersemester 2039 ordentliche und 1422 ausserordentliche Hörer (darunter 962 Frequentanten) inscribirt. Von den aus dem Auslande stammenden Hörern lieferte Amerika das grösste Contingent mit 225 Hörern, sodann Russland mit 161, Preussen mit 69, Rumänien mit 60. Die übrigen Länder waren mit kleineren Ziffern vertreten. Die Zahl der für das eben begonnene Sommersemester angekündigten Vorlesungen und praktischen Curse beträgt 220, welche von 58 Professoren und 80 Docenten abgehalten werden.

— Der Verein zur Unterstützung invalider hülfsbedürftiger Aerzte in Bayern, welcher gegenwärtig 1701 Mitglieder zählt, hat im Jahre 189; sechszehn Collegen mit einer Gesammtsumme von 11,090 Mark unterstützt. Die einzelnen Unterstützungen schwankten zwischen 400 und 1200 Mark. Durch ein hochherziges Vermächtniss der Wittwe eines Arztes Emma Acher ist dem Verein ein Kapital von 100,000 Mark zugeflossen.

— In diesen Tagen beginnt die Thätigkeit der vom Blindencuratorium der Kaiserin Maria Alexandrowna abcommandirten fliegenden Abtheilungen zur Hülfeleistung bei Augenkrankheiten. Die Abtheilung des Dr. Zumpft hat bereits ihre Thätigkeit eröffnet. Die Mehrzahl der fliegenden Colonnen soll zu Ende Mai ausgerüstet werden. Im Ganzen werden im Laufe dieses Sommers gegen 20 solcher fliegenden Colonnen mit Augenärzten abcommandirt werden.

— Alvarenga-Preisaufgabe. Die Hufeland'sche Gesellschaft hat in der Sitzung vom 11. Febr. 1894 beschlossen, folgende Preisaufgabe zu stellen: Ueber Autointoxication vom Intestinaltractus aus und über Verhütung und Beseitigung derselben. Der Preis beträgt 800 Mark.

Einzureichen sind die Arbeiten bis zum 1. März 1895 an den Unterzeichneten, Berlin W., Margarethenstr. 7.

Die Arbeiten müssen mit einem Motto versehen sein, welcher auf einem dabei einzureichenden Briefcouvert, in dem eingeschlossen der Name des Verfassers sich befinden soll, zu stehen hat.

Zulässige Sprache, Deutsch, Englisch, Französisch. Die nicht preisgekrönten Arbeiten werden auf Verlangen bis zum 1. Aug. 1895 den Einsendern zurückgegeben.

Die Bekanntmachung der Zuertheilung des Preises findet am 14. Juli 1895 statt.

Der Vorsitzende der Hufelandischen Gesellschaft
Dr. Oscar Liebreich.

Vacanzen.

Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Arsamass (Gouv. Nishni-Nowgorod). Gehalt 900 Rbl. jährl. Adr.: «Арзамасская Земская Управа».

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Soeben erschien:

Die Bekämpfung der Infectionskrankheiten

Herausgegeben von

Professor Dr. Behring.

Hygienischer Theil

von

Oberingenieur **Brix** in Wiesbaden, Professor **Pfuhl** in Berlin und Hafenarzt **Nocht** in Hamburg.

Mit 14 Abbildungen und 3 Tafeln.

Brochirt 12 Mark — Gebunden 13 Mark. (64) 1—1

Dr. C. Dapper's **„Neues Kurhaus"**

Bad Kissingen

Eingerichtet zur speciellen Behandlung aller Magen- und Darmkrankheiten, von Diabetes, Gicht, Ernährungs- und Kreislaufstörungen, sowie functionellen Neurosen. Vorzüglich erhöhte Lage in nächster Nähe des Kurgartens und des Waldes.

Das ganze Jahr hindurch geöffnet. (48) 13—2

Näheres durch Prospekte. **Dr. C. Dapper.**

Höchstgelegenes Stahl- und Moorbad Deutschlands

BAD KOHLGRUB

Klimatischer Höhenkurort im bayr. Hochgebirge 900 m. ü. d. M.

Besitzer: **A. M. Faller- C. Buchmüller**

Von ersten ärztlichen Autoritäten empfohlen wegen bekannt vorzüglicher Heilwirkung bei: Blutarmuth, Bleichsucht, Nerven- und Frauenleiden, Rheumatismus und Gicht sowie Erkrankungen der Circulations- und Respirationsorgane.

Saison von 1. Mai bis 15. October

Kur- und Badearzt: Dr. Carl Breitenbach, wohnhaft im Kurhause. Herrliche gesunde Lage, weitgehendster Comfort, bekannt vorzügliche Küche, reine Weine, Münchener Bier vom Fass. Billige Preise. Ausführliche ärztliche Brochüre, Prospecte und Wohnungsauskünfte gratis und franko.

Badeverwaltung Kohlgrub

(45) 5—2 Post und Telegraphenstation «Kohlgrub Bad» im Kurhause

---

Bad Homburg

½ Stunde von Frankfurt a. M.

In hoher Lage am Taunusgebirge. Kohlensäurereiche, Kochsalz- und eisenhaltige Trinkquellen. Neues Badehaus, Kochsalz- und kohlensaure Mineralwasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt.

Luftkurort ersten Ranges. Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen. — **Mineralwasser-Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres.** (22) 6—5

Dr. Putzar's Sanatorium

Königsbrunn bei Königstein (sächsische Schweiz)

Wasserheil- und Kuranstalt. Elektro- und Mechanotherapie. **Kohlensäure-Bäder** (Pat. Lippert) **Diät- und Mastkuren.**

Das ganze Jahr besucht. * Mässige Preise. * Prospekte gratis.

(36) 6—5 **Besitzer: Dr. med. Putzar.**

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Augenheilkunde
und
Ophthalmoskopie.

Für Aerzte und Studirende bearbeitet

von

Dr. Hermann Schmidt-Rimpler,
ordentl. Professor der Augenheilkunde, Geh. Medicinalrath und Director der ophthalmiatrischen Klinik zu Göttingen.

Sechste verbesserte Auflage.

Mit 185 Abbildungen in Holzschnitt und 2 Farbentafeln.

Preis: geh. M. 14. —, geb. M. 15.60.

Der Verfasser hat in dieser neuen Auflage des beliebten Lehrbuches die Ergebnisse der letztjährigen Forschungen und eigenen Erfahrungen sorgfältig nachgetragen und die pathologisch-anatomischen Partieen ausgiebiger behandelt, ohne dass dadurch Umfang und Preis des Buches erhöht worden wären.

Berlin, April 1894.

(60) 1—1 **Friedrich Wreden.**

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje Selo.

Saison vom 15. Mai. Behandlung mit Kumys, eisenhaltigem Kumys, Kefir, verschiedenen Mineralwässern (natürlichen und künstlichen); warme Bäder mit Zusatz verschiedener Substanzen; Elektrotherapie. Zimmer für Kranke mit voller Pension à 125 pro Monat. (56) 5—2.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschien: (59) 1—1

Klinisches Handbuch

der

Harn- und Sexualorgane

Bearbeitet von

Privatdocent Dr. K. Benda in Berlin, Prosector Dr. R. Beneke in Braunschweig, Privatdocent Dr. E. Burckhard in Basel, Dr. Ebermann in St. Petersburg, Prof. Dr. J. Englisch in Wien, Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin, Dr. Teleki in Budapest, Dr. E. Hurry Fenwick in London, Privatdocent Dr. E. Finger in Wien, Dr. L. Goldstein in Aachen, Privatdocent Dr. E. Hoffmann in Greifswald, Dr. Horovitz in Wien, Prof. Dr. R. Freiherr von Krafft-Ebing in Wien, Prof. Dr. Lépine in Lyon, Dr. Georg Letzel in München, Oberstabsarzt Dr. v. Linstow in Göttingen, Prof. Dr. M. Litten in Berlin, Dr. C. Meyer in Dresden, Dr. F. M. Oberländer in Dresden, Prof. Dr. Pel in Amsterdam, Dr. A. Peyer in Zürich, Dr. J. Prior in Köln, Prof. Dr. Réczey in Budapest, Dr. E. Sehrwald in Freiburg, Prof. Dr. B. Solger in Greifswald, Prof. Dr. P. Strübing in Greifswald, Privatdoc. Dr. M. Zeissl in Wien.

Herausgegeben von

weil. Prof. Dr. **W. Zuelzer,**

redigirt von

Dr. **F. M. Oberländer** in Dresden.

4 Abtheilungen.

Dritte Abtheilung.

Mit 67 Abbildungen. Lex. 8. 1894.

Preis: 10 M., geb. 12 M.

Dieser № liegt ein Prospect betreffend «Bad Landeck» in Schlesien bei.

Дозв. ценз. Спб. 30 Апрѣля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 7. (19.) Mai **1894**

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in **Wolmar** vom 5—7. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht übersteigen darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst schriftlich bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Ueber einen schweren Fall von Hysterie.

Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte, mit Demonstration von 2 Photographien und 2 nach der Natur gemalten Bildern

Von

Dr. med. Jeannot Hackel.

Meine Herren!

Es handelt sich um einen schweren Fall von Hysterie bei einem 15-jährigen Mädchen römisch-katholischer Confession. Pat. ist in Petersburg geboren, entwickelte sich im Kindesalter nach Angabe der Mutter recht kräftig, war stets munter und rege, lernte zu Hause recht fleissig und zeichnete sich in der Schule durch Fleiss, Begabung und krankhaften Ehrgeiz aus.

Mit dem 12. Jahr stellten sich die Menses ein unter sehr starken Schmerzen in der Regio inguinalis sinistra, einige Tage darauf erschienen auf dem Gesicht parallel den unteren Orbitalrändern, dunkelrothe fingerbreite, sich schmerzhaft anfühlende Streifen, die das Niveau der Haut überragten und sich nach 24 Stunden mit einer Kruste bedeckten. Dr. Petersen, der zu jener Zeit consultirt wurde, verneinte eine Hautkrankheit. Die Menses waren im Laufe der Jahre unregelmässig, immer schmerzhaft, die soeben beschriebenen Streifen am Gesicht traten bis zum 15. Jahre einige Mal auf und waren stets an die Menses gebunden.

Auf Anrathen des Herrn Dr. Severin suchte Pat. Ende September vorigen Jahres meine Anstalt auf. Sie ist Schülerin der 8. Classe eines Gymnasiums und macht nicht den Eindruck eines 15-jährigen Kindes, sondern Sie haben, meine Herren, vor sich eine vollständig entwickelte Dame, die sich für ganz gesund hält und nur von den ihr Gesicht entstellenden Flecken befreit sein will. Pat. ist nicht launenhaft, zu Affecten nicht geneigt, bei gleicher, stets froher Stimmung, beantwortet die ihr gestellten Fragen ruhig und vernünftig, lässt die Untersuchung ruhig an sich vornehmen, verfolgt aber mit einem misstrauischen Blick jede Bewegung bei der Untersuchung.

Am Gesicht fallen Veränderungen auf, die auf Störungen des Gefässsystems zu beziehen sind. Es sind das $^1/_2$—1 Cm. breite, 3-4 Cm. lange, dunkelrothe bis blassrosa Flecken parallel zu einander verlaufend, unter dem Niveau der Haut stehend, scharf begrenzt von einem hellen Streifen, zwischen sich einschliessend die bläulich schimmernde local geschwellte Wangenhaut. Diese Flecken nehmen die ganze Wange ein vom unteren Orbitalrande bis zum Kieferrande, blassen auf Druck nicht ab und fühlen sich schmerzhaft an. Bei stärkerem Druck auf diese gerötheten Hautinseln konnte ich motorische Reizerscheinungen auslösen, die in den verschiedensten Muskelgebieten ausschliesslich der linken Körperhälfte auftraten und die Pat. nicht unterdrücken konnte. Ich bemerkte von Zeit zu Zeit Runzeln der linken Stirnhälfte, das linke Augenlid wurde gesenkt und gehoben, der linke Arm gedreht, auf den Rücken gelegt, die Finger gestreckt und gebeugt. Charakteristisch war, dass die abnormen Reize gleichzeitig eine grössere Anzahl von Muskeln betrafen und dass die Bewegungen in ihrem Ablaufe eine entschiedene Aehnlichkeit mit willkürlichen Bewegungen hatten.

Die Sensibilität zeigte kein normales Verhalten. Tastsinn, Drucksinn, Ortsinn waren normal, doch war die Wärmeempfindung quantitativ auf der linken Seite abgeschwächt, die Kälteempfindung dagegen auf derselben Seite bedeutend erhöht, ebenso fühlt sich die linke Hälfte kälter an als die rechte. Druck- und Schmerzempfindung links erhöht. An der linken Hand, auf der dorsalen und volaren Fläche vollständige Anaesthesie, während Arm und Finger hyperaesthetisch waren; ebenso konnte ich eine in der hyperaesthetischen Zone der linken Mamma scharf begrenzte anaesthetische Partie von S.-Rbl.-Grösse um die Brustwarze herum nachweisen. Hysterogene Zonen waren in der Regio ileohypogastrica, inguinalis und umbilicalis. Schallempfindung links erhöht, Geruchssinn links herabgesetzt, rechts dagegen erhöht. Keine Amaurose, keine Einengung des Gesichtsfeldes, keine Störungen der Motilität. Pat. ist kräftig gebaut, von blühender Gesichtsfarbe, doch mit auffallend blassen Schleimhäuten. An den inneren Organen keine Veränderungen. Pat. klagt über unbedeutende Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ueblichkeit und Magendruck, die nach plötzlicher Erregung aufzutreten pflegen. Die Erscheinungen von Seiten des Digestionsapparates beherrschen auch im Laufe eines Monats das Krankheitsbild.



Zu den bestehenden Symptomen gesellen sich Aufstossen mit dem Geschmack nach den genossenen Speisen, fortwährendes Sodbrennen und zuletzt Erbrechen. Patient behält absolut nichts von den zu sich genommenen Speisen, selbst Flüssigkeiten werden erbrochen. Das Erbrechen tritt unmittelbar oder höchstens 1 Stunde nach der Nahrungsaufnahme auf; das Erbrechen ist stark sauer — meine Zähne werden mir ganz stumpf — klagte Patientin — und ist stark mit Schleim untermischt. Es besteht Obstipation. Dieser quälende Zustand, der mit wechselnder Intensität einen Monat lang anhält und Pat. körperlich herunterbringt, wird einige Tage nach den Menses durch das Hinzutreten eines neuen Symptoms noch unerträglicher. Die Menses waren dieses Mal sehr schmerzhaft, Pat. klagt über einen stechenden bohrenden Schmerz in der Ovarialgegend, der bei Bewegung an Intensität zunimmt; objectiv konnte Dr. Wiedemann, den ich consultirte, nichts nachweisen. Also unmittelbar nach dem Erbrechen schliesst sich folgender Anfall an: Arme und Beine machen heftige, schleudernde und stossende Bewegungen, der Rumpf wird hin und her geworfen, dreht sich um seine eigene Achse, richtet sich gewaltsam auf und fällt ebenso nieder, biegt sich kreisförmig opisthotonisch in der Luft, so dass die Unterlage nur noch vom Kopf und von den Füssen berührt wird. Die Kranke reisst sich das Hemde von der Brust, das Gesicht hat den Ausdruck der Angst, ist cyanotisch verfärbt. Respiration und Puls beschleunigt, Bewusstsein vorhanden. Nach diesem Anfall tritt ein Zustand der Trägheit ein, Pat. ist schlaff, die Antworten erfolgen langsam und unsicher; darauf richtet sie sich plötzlich auf und verharrt in der Stellung einer Betenden, zuweilen in der einer Tänzerin. Jedenfalls ist die Kranke von einem bestimmten Vorstellungskreise beherrscht und durchlebt noch einmal eine Scene ihres frühern Lebens. Diese Anfälle dauern anfangs $^{3}/_{4}$—$1^{1}/_{2}$ Stunden und wiederholen sich 3—5 Mal täglich. Ferner treten auch, unabhängig von diesen, laryngospastische Anfälle auf, die durch den faradischen Pinsel momentan aufgehoben werden können.

Unter diesem Symptomencomplex vergeht der 2. Monat, die Anfälle werden allmählich seltener, bleiben dann vollständig aus und die Angehörigen glauben schon an eine Genesung. Doch mit dem Erscheinen der Menses tritt wieder ein neues Symptom hinzu, angreifender und quälender als das vorige.

Es ist dieses ein Hustenkrampf combinirt mit Stokes'schem Athmungsphänomen und Laryngospasmus. Auch dieses mal löst das Erbrechen den Krampf aus, den ich folgendermaassen beschreiben möchte: Pat. beginnt nach dem Erbrechen zu husten, die Hustenstösse werden allmählich stärker und folgen rascher auf einander, die Bewegungen des Thorax werden immer stürmischer bis der Thorax plötzlich still steht; nach einer Pause von $^{1}/_{2}$ Minute folgen dann einige ganz oberflächliche, unrythmische Athembewegungen, die immer tiefer und geräuschvoller werden und zuletzt mit langgezogenen, schnarchenden seufzerähnlichen Athmungsgeräuschen abschliessen. Es folgt wieder der Zustand der Apnoe und darauf der laryngospastische Anfall. Am längsten dauert in diesem Krampfanfall, der sich in $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ Stunde abspielt, der eigentliche Hustenkrampf. Beängstigend ist der laryngospastische Anfall anzuschauen, das Gesicht verfärbt sich dunkel livid, die Augen scheinen aus den Höhlen zu treten, eine namenlose Angst ergreift Pat. u. sie athmet im wahren Sinn des Wortes glücklich auf, sobald man mit dem faradischen Pinsel über den Hals fährt. Nach diesen Anfällen, die 3—4 mal täglich sich wiederholen liegt Patientin in Schweiss förmlich gebadet, mit kalten Händen und Füssen apathisch da, die Extremitäten der linken Seite paretisch, anästhetisch und gegen Schmerz unempfindlich. Nach $^{1}/_{4}$ Stunde ist Pat. frisch und munter, als ob nichts gewesen wäre, an Stelle der Anaesthesie ist Hyperaesthesie getreten, die Parese ist geschwunden, die Schmerzempfindung erhöht. Diese Anfälle treten in den ersten Tagen nach den Menses 4—5 mal täglich auf, zum Theil auch spontan, häufiger aber an das Erbrechen gebunden; allmählich kommen Pausen von 2—3 Tagen vor, und sind die jetzigen Anfälle nicht so häufig und nicht so langdauernd; oft tritt nur der Hustenkrampf allein auf. Der kürzeste Anfall, den ich beobachtete dauerte 8 Minuten. Gegen Ende des Monats — vom Eintreten der Menses gerechnet — dasselbe Bild wie früher. Pat. ist ganz gesund, erbricht nicht, ist frei von den Anfällen und erholt sich; auch ist die Stimmung eine gehobenere. Nur der wechselnde objective Befund auf dem Gebiet der Sensibilität zeigt an, dass Sie es, meine Herren, mit einer Hysterischen zu thun haben. Ich habe sehr oft, wenigstens 2-mal wöchentlich untersucht und jedesmal konnte ich einen andern Befund aufnehmen.

Während ich bei der einen Untersuchung ausgesprochene Hemianaesthesie notiren konnte, deren Grenzen mit mathematischer Genauigkeit die eine Körperhälfte angab, fand ich bei der nächsten Untersuchung einen ganz andern Befund, anaesthetische Partieen mit hyperaesthetischen Zonen; ebenso häufig wechselten Hyperalgesien und Analgesien. Ich möchte, meine Herren, an dieser Stelle hervorheben, dass der hohe Wechsel des objectiven Befundes als diagnostisches Merkmal der Hysterie verwerthet werden kann. Ich habe mich an mehreren Pat. mehrfach davon überzeugt.

Im Januar treten wieder die Menses mit einer Verspätung von 2 Wochen auf. Die Schmerzen sind diesesmal unbedeutend, so dass Pat. spazieren gehen kann. 3 Tage nach dem Eintritt der Menses fühlt Pat. plötzlich praecise 11 Uhr Morgens einen brennenden Schmerz auf dem Dorsum der linken Hand und im Verlaufe von 5 Minuten ist an der Stelle eine blutende Wunde. Meine Herren, Betrug ist in diesem Falle auszuschliessen, denn ich habe mehrfach den Vorgang in meinem Cabinet beobachtet. Ich will ihn kurz beschreiben.

Täglich mit dem Glockenschlage 11, ganz unabhängig wo Pat. sich befindet, wird Pat. durch einen brennenden Schmerz daran erinnert, dass diese seltene Erscheinung im Anzuge ist. Sie sehen: eine circumscripte Schwellung ins Bläuliche schimmernd, scharf begrenzt von einem ins Gelbliche schimmernden Rand, das Centrum der geschwellten Partie färbt sich roth, an der Grenze des gelblich schimmernden Randes tritt Blutflüssigkeit hervor und breitet sich flächenhaft aus. Diejenige Hautpartie nun, die von derselben berührt wird, schwindet vor Ihren Augen und das blutende Rete Malpighi erscheint. Sie haben also jetzt vor sich eine Hautwunde, wie sie nach Verbrennung durch Flüssigkeiten entsteht, die da blutet. Die Blutung steht nach einigen Minuten spontan still und es sickert jetzt in gesonderten, kleinen Tröpfchen Blutflüssigkeit nach. Damit ist der Process zu Ende, die Heilung der Wunde verläuft unter Schorfbildung, die locale Schwellung bleibt so lange, bis der Hautdefect sich zurückgebildet hat. Solche Wunden, wie gesagt, traten präcise 11 Uhr Morgens auf, täglich, mehrere gleichzeitig im Verlaufe von 10 Tagen. Sie sehen auch ähnliche an der Streck- und Beugeseite des Arms am Fussrücken, am Gastrocnemius und am Vastus externus. Um diese Zeit, nicht aber gebunden an das Auftreten der blutenden Wunden, zeigten sich am sternalen Rande der Mamma auf local geschwelltem Boden stecknadelkopf- bis linsengrosse flache Bläschen, deren jedes eine centrale Verschorfung des Corium zeigt. Sie waren disseminirt, einige gruppirt. Ich glaube diese Bläschen als Herpes zoster hystericus ansehen zu dürfen; eine gelungene Abbildung sehen Sie im Archiv für Dermatologie und Syphilis von Kaposi beschrieben. (Jahrgang 1890).

Aus diesem Bericht, meine Herren, ersehen Sie, dass wir es mit einem sehr schweren Fall der Hysterie zu thun haben, der sich durch eine grosse Constanz und Hartnäckigkeit der Symptome auszeichnet, wo die Gesetzlosigkeit derselben, wie sie gewöhnlich für Hysterie als charakteristisch aufgestellt wird, sich nicht bewahrheitet. Zum Schluss gestatten Sie mir, meine Herren, Ihnen einige Literaturangaben zu machen, die sich auf zwei der seltensten Symptome der Hysterie, auf das locale Oedem und die hysterische Blutung beziehen. In der Dissertation des Herrn Athanasio Des troubles trophiques dans l'hysterie Paris 1890, wozu er das klinische Material der Salpêtrière benutzte, finden Sie die Angabe, dass Sydenham 1799 eine locale Schwellung beschrieb, die er mit dem Namen hysterisches Oedem belegte. Aehnliche Schwellungen beschrieben Damaschino, Faber, Mitchell, Charcot u. Tourette. Alle Autoren gaben an, dass das hysterische Oedem von den andern sich dadurch unterscheide, dass die Schwellung auf Druck nicht nachgiebt, dass keine Fluctuation sich nachweisen lässt. Die Herren erklären nicht das Zustandekommen des Oedems und sprechen nur die Behauptung aus, dass das hysterische Oedem nicht auf Austritt von Serum beruhe. Mitchell, der 3 solcher Fälle beobachtet hat, hebt hervor, dass die Schwellung in directer Abhängigkeit von der Analgesie stehe, wird letztere geringer, so vermindere sich auch die Schwellung. An meiner Patientin bestätigten sich die Angaben der Herren nicht und glaube ich, diese Behauptung durch einen Beobachtungsfehler erklären zu dürfen. Hätten die Herren stärker zugedrückt, so hätte sich die Delle schon gezeigt; freilich entsteht sie bei den Hysterischen viel schwieriger als bei den andern.

Was nun die vasomotorischen Störungen bei den Hysterischen betrifft, so zeigen sie sich als Ekchymosen, Haemorrhagien, Erytheme, Purpura, Chromidrosis und Blutungen. Ich glaube den ersten Fall von hysterischer Blutung beschrieb Anderson 1867 im Brit. Med.



Journal, später erschienen darüber Arbeiten von Charcot, Ballet, Marguery, Moebius, Athanasio und Tourette. (Nähere Literaturangaben in der Arbeit von Gilles de la Tourette: Considerations sur les ecchimoses spontanées et sur l'état mental des hysteriques. Nouvelles Monographie de la Salpêtrière 1890. Bd. III.) Interessant sind die Ansichten der Autoren über das Zustandekommen der hysterischen Blutungen. Es sprechen sich viele in den 70-er Jahren darüber aus, gelegentlich des Falles der Louise Latteau. In einer Rede bei der Naturforscherversammlung zu Breslau 1874 erklärte Virchow die Blutung der Latteau für Betrug. Crocq unterscheidet bei ihr Haematidrose und Dermatorrhagien. Als Ursache für letztere nimmt er an:

1) Ernährungsstörung der Gefässwand, durch abnorme Beschaffenheit des Blutes bestimmt und

2) häufig wiederkehrende Congestionen, wodurch die Gefässe gespannt werden.

Warlamont macht das in der Nähe des Corp. quadrig. gelegene vasomotorische Centrum für die Haemorrhagieen verantwortlich und statuirt deshalb eine besondere Krankheit: stigmatische Neuropathie. Dass bei der Latteau die Stigmata grade nur an denjenigen Stellen auftreten, wo die Wundmale Christi sich befanden, erklärt Charbonnier daher, dass der von der religiösen Idee ganz und gar in Beschlag genommene Geist vorzugsweise darauf gerichtet ist. Er deutet mithin auf die Autosuggestion hin, und durch die Wirkung derselben möchte ich auch die blutenden Hautwunden bei meiner Pat. erklärt wissen. Es ist vielleicht auch nicht unbeachtet zu lassen, dass präcise 11 Uhr Morgens in der katholischen Kirche in Petersburg vor dem Bilde der Mutter Gottes, wie sie der Latteau erschienen, Messe gehalten wird.

Referate.

Stabsarzt A. Köhler: Mittheilungen aus der v. Bardeleben'schen Klinik. Die vom 1. April 1890 bis zum 31. März 1891 aufgenommenen Kopfverletzungen. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie XXXIII Separatabzug).

Bericht über 193 Kopfverletzungen von denen 44 schwere (22 Todesfälle) 149 leichte waren. 6 von den ersteren waren mit zum Theil schweren anderweitigen Verletzungen combinirt. Unter ihnen ein Fall von Hirnzertrümmerung durch Contrecoup. Unter den 11 Fracturen des Schädeldaches eine Epilepsie durch Eintreibung eines Splitters am Tuber. parietale. Tod trotz Trepanation. Von 6 Basisbrüchen genasen 5. Die das Hirn sicher verletzenden Kopfschüsse (6) starben. 6 weitere Schussverletzungen des Kopfes genasen. Leider sind die Krankenberichte unvollständig, wodurch das an sich interessante Material viel von seinem Werth verliert. Z.

W. Winternitz: Ueber Leucocytose bei Kälteeinwirkung. (Bl. f. klin. Hydrotherapie 1893. Nr. 2).

W. macht die vorläufige Mittheilung, dass unter dem Einfluss von kalten Bädern verschiedener Form die Anzahl der weissen Blutkörperchen steigt. Wenn die Ansicht von Jaksch und anderen richtig sei, dass die weissen Blutkörperchen die eigentlichen Phagocyten seien, so läge hierin eine Erklärung für den günstigen Einfluss der kalten Bäder auf Infectionskrankheiten, welcher durch die Temperaturherabsetzung allein nicht erklärt werde, da ja die chemischen Antipyretika stärker wirken, ohne den gleichen Heileffect. Man kann in der That auf weitere Mittheilungen über diese vielleicht sehr wichtige Entdeckung gespannt sein. Buch (Willmanstrand).

J. Ruhemann: Ueber die therapeutische Verwerthbarkeit der Jodsäure und des jodsauren Natrons. (Therapeut. Monatshefte NNr. 3 u. 4 1894.)

Die Jodsäure und deren Natronsalz stellen weisse, geruchlose, krystallinische Substanzen dar. Die 10 pCt. wässrige Lösung der Säure und die 15—20 pCt. Lösung des Salzes trüben sich zwar bei längerem Stehen durch Ausfallen krystallinischer Mengen, jedoch ist dieser Umstand von keinem praktischen Werth, da durch Erwärmen die Klärung der Flüssigkeiten herbeigeführt werden kann. Im Organismus wird die Jodsäure reducirt, im Harne erscheint dann Jodkali, jedoch kann auch die Säure unreducirt den Körper passiren und als solche im Harne auftreten. Die zahlreichen Versuche des Verfassers weisen darauf hin, dass die Jodsäure und deren Salz in Folge fortgesetzter nascirender Entwicklung von Jod im Organismus, von hohem, therapeutischem Werth sein können; dabei verträgt der Mensch relativ grosse Dosen dieser Substanzen ohne nachhaltige Störung seines Befindens und seiner Gesundheit; die von Binz beobachteten Degenerationserscheinungen der Organe bei Anwendung toxischer Dosen sind für gewöhnlich nicht zu befürchten. In reiner Form, als Pulver kann das jodsaure Natron bei Ulcerationen, Nasenkatarrhen und Laryngitiden angewandt werden. Für die Behandlung des Ohres empfiehlt H. Verdünnungen mit Borsäure (1:5): beim Auge kann man sich einer Lösung von 1:10—20 Theilen Wasser zur Instillation bedienen. Innerlich wirkt die Substanz sehr günstig auf scrophulöse Affectionen, Drüsenschwellung, Bronchialasthma; pro die kann man 1,0 verabfolgen, am zweckmässigsten in Pillenform; die wässrigen Lösungen gebe man in Milch nach den Mahlzeiten. Kinder vertragen das Mittel sehr gut. Die subcutane Injection (0,05—0,2) zeigte vortreffliche Wirkungen auf die Zertheilung von Drüsenschwellungen, auf rheumatische Schmerzen und Schwellungen, auf Neuritis, Spätsyphilide und Nervensyphilis, dabei kann man ganz ohne jegliche Gefahr bei einer Cur bis zu 15 g. injiciren.

Der Jodsäure kommt vor Allem eine stark blutstillende Eigenschaft zu, sie lässt sich zu solchen Zwecken als Aetzstift (5 pCt.) verwenden. Besonders empfehlenswerth ist die Säure bei Ulcerationen des Penis, der Schleimhäute, bei Ulcus cruris, bei hyperplastischer Pharyngitis. Für die Nase, den Kehlkopf, die Gebärmutter verwendet Verf. 10 pCt. Lösungen oder Salben, bei Gonorrhoe sind 0,05—0,1 pCt. Lösungen zu verwerthen, wobei Cocain hinzugesetzt werden kann, auch als Gurgel- und Mundspülwasser lässt sich eine dünne Lösung gebrauchen, nam. bei Angina, Diphtherie, Geschwüren der Rachenschleimhaut etc. Subcutane Jodsäure-Injectionen sind sehr schmerzhaft; nach der Application muss die Stelle energisch massirt werden, damit sich nicht derbe Hautstränge bilden. — Innerlich kann die Jodsäure bei Magenblutungen und bei starkem Erbrechen verwendet werden, wegen ihrer blutstillenden Eigenschaft; auch bei Behandlung der tuberculösen Gelenkaffectionen müsste man nach R. die Wirksamkeit des Mittels prüfen. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Adolf Schmitt: Die Fascienscheiden und ihre Beziehungen zu Senkungsabscessen. München, J. F. Lehmann 1893.

S. hat die Spalträume des Kopfes und Halses, sowie die des Beckens einer neuen Untersuchung unterzogen. Das war angesichts der vielfach von einander abweichenden früheren Darstellungen ein sehr dankenswerthes Unternehmen, das denn auch eine Reihe interessanter zum Theil neuer Thatsachen ergeben hat. Der werthvollere Theil der Arbeit ist der auf den Kopf und Hals bezügliche (Temporalgegend. Parotidenraum, der submaxillare Spaltraum, der Gefässspalt. der suprasternale Spaltraum, der Spalt für den Kopfnicker, der prävisceralе und retrovisceralе Raum). Besonders erwähnenswerth sind die Ergebnisse der Injection der temporalen Spalträume und der Parotidengegend, die im Einzelnen hier nicht referirt werden können. Hervorzuheben ist, dass am Halse gewisse Venen (V. facialis anterior und posterior), am Becken gewisse Nerven wichtige Verbindungsbahnen zwischen benachbarten Spalträumen darstellen — In technischer Beziehung sei erwähnt, dass die zu den Injectionen benutzte Masse, nach Angaben von Rüdinger hergestellt (Spiritus, Colophonium und Weizenmehl) gegenüber der Leiminjection und der Gefriermethode nach Wasserinjection, beträchtliche Vorzüge hat. — Das gut ausgestattete, auch mit einigen Abbildungen versehene Buch ist allen Chirurgen zur Anschaffung sehr zu empfehlen. Wanach.

C. Seitz: Grundriss der Kinderheilkunde für Aerzte und Studirende. Berlin 1894, bei S. Karger. 468 S. Preis 9 M.

Dieser Grundriss des bekannten Pädiaters stützt sich auf eine reiche praktische Erfahrung, die Verf. als Vorstand der Kinderpoliklinik am Reisingerianum in München zu sammeln Gelegenheit gehabt hat. Es ist bei Abfassung des Werkes vor allem Gewicht gelegt auf eine möglichst klare, zusammenfassende Darstellung und besonders die physiologischen Eigenthümlichkeiten, die Hygiene und Diätetik des Kindesalters genügend berücksichtigt. Die Untersuchungsmethoden sind gleichfalls möglichst erschöpfend dargelegt. Im Allgemeinen



bietet also der Grundriss dem, der sich in der Kinderheilkunde kurz informiren will, alles durchaus Nothwendige, wogegen natürlich zum eingehenderen Studium eines der grösseren Lehrbücher erforderlich sein wird. Die Anordnung des Stoffes ist ähnlich der des verbreiteten Vogel-Biedert'schen Lehrbuchs. Die Kapitel über Physiologie, über die Ernährung, Pflege und Untersuchung des Kindes werden für jeden angehenden Kinderarzt werthvolle Winke und Rathschläge enthalten. Bei Aufzählung der medicamentösen Mittel (im IV. Kapitel) hat Ref. manche bewährte Mittel vermisst, so z. B. unter den Expectorantia die Ammoniumpräparate, dann die Wismuthpräparate, das Phenacetin, das Dermatol, welches bei frischen Verbrennungen ausgezeichnete Dienste leistet. Einige von diesen Mitteln findet man allerdings bei den betreffenden Erkrankungen angeführt, doch wäre ihre Erwähnung in obengenanntem Kapitel über die Behandlung, auf das Verf. sich wiederholt beruft, wünschenswerth. Im Kapitel von den Infectionskrankheiten wären einige neuere Ergebnisse (so die Canon-Pielicke'schen Blutbefunde bei Masern, die Frosch'schen Untersuchungsresultate bei Diptherie) wohl erwähnenswerth gewesen. Bei Schilderung der stenotischen Erscheinungen in Folge Larynxdiphtherie ist der charakteristische und oft den Ausschlag für einen operativen Eingriff gebende Puls zu wenig hervorgehoben. In dankenswerther Weise ist ein specielles Kapitel den Intoxicationen gewidmet, wo auch die Vergiftungen durch Schwämme, Fleisch, Käse etc. berücksichtigt sind. Endlich möchte Ref. bemerken, dass die Erfolge der sogenannten «Serumtherapie» vorläufig noch so problematisch sind, dass ihre Erwähnung (bei Diphtherie, Pneumonia croup., Tetanus) in einem Compendium wohl ohne Schaden für den Leser hätte unterbleiben können.

Weyert.

S. Kirchenberger: Aetiologie und Histogenese der varicösen Venen-Erkrankungen und ihr Einfluss auf die Diensttauglichkeit. Wien, Josef Safar 1893.

Das Schriftchen basirt auf fleissigen literarischen Studien; zu den zahlreichen, zum Theil recht eingehend besprochenen, im Text angeführten Arbeiten verhält Verf. sich vorwiegend referirend. Aus der Zusammenstellung der Ansichten von Autoren, die sich selbstständig mit der Anatomie und Aetiologie der varicösen Venenerkrankungen (Varicocele, Hämorrhoiden, Varicen der unteren Extremitäten) beschäftigt haben, geht hervor, dass nicht einmal über die Anatomie, geschweige denn über die Pathogenese Uebereinstimmung herrscht — quot capita tot sententiae. Die Entscheidung der einzelnen hierhergehörigen Fragen ist daher erst der Zukunft vorbehalten. Die Beziehungen der Venenerweiterungen zur Tauglichkeit für den Militärdienst werden nach officiellen statistischen Angaben dargestellt und die Mängel der einschlägigen Gesetzbestimmungen kurz erörtert.

Wanach.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 1. December 1893.

Herr von Wistinghausen hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Casuistik der Actinomycose.

Nachdem bereits in den sechziger Jahren der Strahlenpilz als Krankheitserreger bei Thieren erkannt und studirt worden ist, hat, seitdem das Vorkommen desselben beim Menschen constatirt war, das Interesse für diese Krankheit reichlichen Boden gefunden. Die eingehenden Arbeiten von Israel, Ponfik, Partsch u. A. riefen eine Reihe casuistischer Veröffentlichungen hervor, welche in neuerer Zeit durch die umfassende Monographie von Illich (Wien 1892) bequem zugänglich gemacht worden sind. Zugleich sind die Methoden der mikroskopischen Färbung und der Cultivirung und Ueberimpfung des Pilzes bis zu einem gewissen Grade der Reife gediehen, während über seine botanische Rubricirung noch Zweifel bestehn. Während daher im Auslande die Krankheit nicht mehr zu den seltensten gerechnet werden kann, sind Fälle in den Ostseeprovinzen und in Petersburg, so viel Vortragender weiss, nur vereinzelt beobachtet worden, so: ein Fall von Dr. Westphalen in Petersburg, 5 Fälle in Riga in der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses, ein Fall in der hiesigen chirurgischen Klinik und vorstehender in der chirurgischen Abtheilung des Bezirkshospitals zu Dorpat. Die Pathologie der Actinomycose ist in Kürze folgende: die Infection geschieht entweder durch den Genuss von Fleisch actinomycotischer Thiere, oder Uebertragung vom ungedroschenem Korn resp. Stroh insbesondere der Gerste, sei es durch Einathmen von Staub direct in die Lunge oder dass Gerstengrenen in den Mund und von hier aus ins Zahnfleisch, Oesophagus, Darm etc. gelangen. Ausserdem ist natürlich unter Umständen auch die äussere Haut Eingangspforte. An der Stelle der Invasion bildet sich kleinzellige Infiltration und Granulationsgewebe, welches wiederum einen Mantel von festem fibrösem Gewebe gewinnt. Dieses kann unter Umständen die inficirte Stelle vollkommen einkapseln und so die spontane Heilung verursachen. In der Regel aber schreitet die Ansiedelung des Pilzes und die Bildung neuen Granulationsgewebes in irgend einer Richtung fort. Es entstehn dadurch Kanäle, die sich verzweigen, und wenn sie von innen her die Haut durchbrochen haben als Fisteln imponiren. Dabei hängt der Verlauf dieser Gänge keineswegs von der anatomischen Structur des sich entgegenstellenden Gewebes ab, vielmehr dringen sie durch die stärksten Fascien und durch Knochen, während die stets begleitende Schwiele die Umgebung derart verlöthet, dass z. B. die Muskeln ihre Verschieblichkeit gegeneinander einbüssen. Ehe es zum Durchbruch solcher Fisteln kommt, bilden sich häufig Abscesse, deren Wand mit wucherndem Granulationsgewebe tapeziert ist und deren Inhalt aus dünnflüssigem Eiter besteht, welcher die Actinomyces-Körner enthält. Danach ist das klinische Bild, schon je nach dem Sitz und der Ausbreitung ein ungemein mannigfaltiges.

Im vorliegenden Fall haben wir es mit Lungenactinomycose und Durchbruch in die Umgebung des rechten Petit'schen Dreiecks zu thun.

Jaan Parrik, 54 a. n. Hausknecht, früher gesund gewesen, hat niemals viel mit Vieh oder Getreide zu thun gehabt. In seiner Umgebung ist seines Wissens niemand ähnlich erkrankt. Er leidet seit 3 Jahren an Brustschmerzen. Husten mit Auswurf, dazwischen Nachtschweissen, ist auf Phthisis bisher behandelt worden. Im letzten Sommer bildete sich ein Abscess am Rücken, der gespalten wurde, ein zweiter im September. Ende October tritt Pat. ins Hospital ein. Hochgradig abgemagert, blass. Rückgrat leicht scoliotisch (Concavität rechts). Ueber der Gegend der 11. und 12. Rippe eine flache Vorwölbung. Eine Handbreit über dem Darmbeinkamm und über der 10. Rippe je eine quer verlaufende Narbe, in deren Mitte eine Fistelöffnung. Ausfluss spärlich, dünnflüssig. In der nächsten Umgebung sind die Weichtheile von ungemein straffer Consistenz, welche die Gradstreckung der Wirbelsäule verhindert. An der Kuppe der Vorwölbung undeutliche Fluctuation. Vom rechten Scapularwinkel abwärts und nach vorn bis zur vordern Axillarlinie leichte Dämpfung; hier Athemgeräusch und Stimmfremitus abgeschwächt; Rasselgeräusche. Incision entleert etwas dünnflüssigen Eiter. Die Höhle ist mit reichlichem weichem rothem Granulationsgewebe ausgekleidet, sie communicirt mit den beiden alten Fisteln und mit 2 Hohlräumen, die dicht unter der Haut liegen (Incisionen). Die Zinnsonde dringt längs dem Hauptfistelgang mit Leichtigkeit ca. 15 Ctm. tief in der Richtung nach oben innen vorne ein. Sorgfältige Ausschabung soweit es möglich ist. Tags drauf etwas Haemoptoe. Bis jetzt sehr langsame Heilung der Wunde, theilweise restiren Fisteln. Abnahme der Kräfte.

Vorliegende Beobachtung rechtfertigt ein Eingehn auf die Differentialdiagnose zwischen Lungenactinomycose vor dem Durchbruch und Phthise. Die auscultatorischen und percussorischen Befunde können, wenn auch die Infection gegenüber der Tuberculose relativ selten in der Lungenspitze auftritt, dieselben sein. Es finden sich bei der Actinomycose Cavernen von bedeutender Ausdehnung. Dagegen ist charakteristisch für Actinomycose das Fehlen des Fiebers. Die Erklärung für diese Thatsache lässt sich mehr theoretisch ableiten als factisch beweisen. Da das den Herd umgebende Gewebe sehr fest ist und andrerseits wegen der Tendenz durchzubrechen die Spannung des actinomycotischen Abscesses stets in Schranken gehalten wird, lässt sich denken, dass die Resorption keine hochgradige sein kann. Zugleich ist es immerhin möglich, dass reiner actinomycotischer Eiter, d. h. ohne Mischinfection, frei von temperatursteigernden Ptomainen ist. Das sicherste differentialdiagnostische Mittel ist die mikroskopische Untersuchung des Sputums (Angabe der Färbung Babes. Virchow's Archiv. 105).

Aus dem bei der Operation entfernten Granulationsgewebe hat Vortragender Celloidinschnitte hergestellt und nach verschiedenen Methoden gefärbt. Man sieht unter den Mikroskopen verschieden geformte Pilzrasenquerschnitte mit deutlichem Filzwerk der mit knopfförmigen Enden versehenen Fäden wogegen die Entwicklung der Keulen relativ unbedeutend ist. Dicht um den Pilz kleinzellige Infiltration weiterhin sehr gefässreiches Granulationsgewebe mit epitheloiden Zellen. Färbungen mit Saffranin, Orcein und nach Gramm mit und ohne Nachfärbung mit Alauncarmin, Eosin. Demonstration einer Querschnittsserie nach Schnitten gezeichnet, welche plastisch reconstruirt annähernd die Form eines Pantoffels darstellt, und zwar so, dass die Keulen (Strahlen) nach aussen gerichtet sind, während die Fäden im Innern ein dichtes Filzwerk bilden.

Herr von Zoege macht auf die in hohem Grade praktische Bedeutung der actinomycotischen Erkrankung aufmerksam und glaubt, dass sie häufiger vorkommt, als sie bisher beobachtet worden. Der Pilz werde verschieden ausgebildet, in einzelnen Fällen komme es nur zur Fadenbildung, ohne dass die Kolben sichtbar werden, wobei wohl der jeweilige Nährboden entscheidend sei.

Herr v. Brackel weist darauf hin, dass die Culturversuche bei Actinomycose nur in wenigen Fällen positiv ausfallen. Namentlich hat Israel anaerobiotisch Actinomycose gezüchtet, indem er den Eiter in Eiern zur Weiterzüchtung verimpfte. Nach seinen Untersuchungen scheint es, dass die Drusenbildung auf den Culturen sich wenig entwickelt und nur die Fäden Wachsthum zeigen. Bei Ueberimpfung des gezüchteten Actinomyces auf Kaninchen haben sich dann aber ganz dieselben charakteristischen Erscheinungen nachweisen lassen. Was den Actinomyces-Eiter anlangt, so ist er im Anfang, wo noch keine Infection von aussen eingetreten ist, absolut steril und keimfrei. Auch im vorliegenden Fall ist der Versuch der Züchtung gemacht worden, leider jedoch mit negativem Erfolge. Auch hier zeigte sich, dass der Eiter absolut steril war, indem gar kein Wachsthum sich zeigte.

Auf eine Anfrage des Herrn Hartge, ob makroskopisch im Sputum Merkmale vorhanden wären, die zwischen Phthisis und Actinomycosis differentialdiagnostisch zu verwerthen seien, giebt

Herr von Wistinghausen an, dass im Sputum Actinomyceskörner nachweisbar sein sollen, die ein gelbliches Colorit haben.

Herr Dehio weist auf die klinische Beobachtung hin, dass die Actinomycose gewöhnlich mehr die unteren Abschnitte der Lungen ergreife, während je bekanntlich der phthisische Process häufiger in den oberen Partien der Lungen seinen Sitz habe; ferner sei der Durchbruch auf die Haut, die Fistelbildung und der fieberlose Verlauf für die Actinomycose charakteristisch.

Auf eine Anfrage des Herrn Otto, ob bei den an Actinomycose Erkrankten eine starke Abmagerung, ein so rapider Kräfteverfall beobachtet werde, wie bei der Tuberculosis, und wenn nicht, ob dieses Moment nicht auch differentialdiagnostisch von Belang wäre, bemerkt

Herr v. Zoege, das bei dem zur Zeit im hiesigen Hospital beobachteten Falle die Kachexie keine so bedeutende sei; auch sei ihm bei den in Deutschland gesehenen Fällen mit vorgeschrittenen Stadien eine so hochgradige Kachexie nicht aufgefallen, wie sie gewöhnlich bei Phthisischen in extremis vorkommt.

Sitzung am 15. December 1893.

Herr Dehio referirt eine Arbeit seines früheren Assistenten und jetzigen Prosectors am Gouvernements-Landschaftshospital in Poltawa Dr. Gerlach: Ueber Syringomyelie.

Durch die genaue Untersuchung eines in der hiesigen Hospitalklinik secirten Falls von Syringomyelie gelangt Gerlach zu der Ueberzeugung, dass diese Erkrankung nicht auf der Entwicklung und den Zerfall eines centralen Glioms des Rückenmarks beruhen kann, sondern durch eine congenitale Aplasie des Rückenmarks entstanden sein muss. Verf. nimmt an, dass das ursprüngliche Medullarrohr zur Zeit seiner Abtrennung vom Ektoderm nicht vollständig geschlossen gewesen ist, so dass die Pia mater in die Höhlung des Medullarrohrs hineinwuchern konnte und so die Bildung des syringomyelitischen Hohlraumes veranlasste. (Die Arbeit wird in extenso veröffentlicht werden).

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Vermischtes.

— Am 3. Mai verschied hierselbst nach längerer Krankheit der Director des kaiserlichen Institutes für Experimental-Medicin, wirkl. Staatsrath Dr. Eduard Sperk, früher langjähriger Oberarzt des städtischen Kalinkinhospitals im 57. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens.

— Am 2. Mai beging der Consultant des hiesigen Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Pompejus Multanowski, sein 30-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm von den Aerzten des Hospitals ein prachtvolles Album mit ihren Photographien dargebracht wurde. Der Jubilar ist seit vielen Jahren auch Privatdocent für Chirurgie an der militär-medicinischen Academie und gehört in letzter Zeit auch dem militär-medicinischen gelehrten Comité als berathendes Mitglied an.

— Prof. Grube in Charkow ist von der Gesellschaft der Kostromaschen Aerzte einstimmig zum Ehrenmitgliede ernannt und durch ein besonderes Schreiben seitens der genannten Gesellschaft zur Genesung von der schweren Erkrankung beglückwünscht worden. (Russ. Med.)

— Die Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie, welche am 9. Mai n. St. ihr 50-jähriges Stiftungsfest feierte, hat unter anderen die auf dem Fest anwesenden St. Petersburger Gynäkologen, Prof. Krassowski und Prof. Slawjanski, zu Ehrenmitgliedern erwählt.

— Zum Vorsitzenden der nächstjährigen XXIV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist Prof. Dr. Gussenbauer (Prag) gewählt worden.

— Die St. Petersburger Duma hat beschlossen, eine Baracke des städtischen Barackenhospitals zum Andenken an den kürzlich verstorbenen Prof. Nilus Sokolow, welcher als erster Oberarzt viele Jahre dieses Hospital geleitet hat, nach ihm zu benennen.

— Am 4. Mai n. St. beging der Professor der Anatomie an der Göttinger Universität, Dr. Friedrich Merkel, sein 25-jähriges Doctor-Jubiläum. M. war anfangs Privatdocent in Göttingen, dann Professor in Rostock und Königsberg und wurde 1883 zum Nachfolger seines Lehrers Henle nach Göttingen berufen. Besonders hervorragend sind seine Arbeiten über die Anatomie des Auges und sein «Lehrbuch der topographischen Anatomie».

— Der ältere Arzt des Ismailowschen Reserve-Bataillons, Staatsrath Dr. Jaworski, ist ins Ressort des Ministeriums der Volksaufklärung übergeführt und zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Geographie an der Odessaer Universität ernannt worden.

— Ernannt: Der Director und Oberarzt des hiesigen klinischen Elisabeth-Kinderhospitals, Geheimrath Dr. Reitz — zum Mitgliede des Conseils der Institutionen der Grossfürstin Helene Pawlowna; der ausserordentliche Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Polotebnow — zum ordentlichen Professor; der Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. v. Reutlinger. — zum Brigadearzt der 4. kaukasischen Inf.-Reservebrigade; der ausserord. Professor der Kasanschen Universität, Staatsrath Dr. Kusmin — zum ausseretatmässigen Consultanten am Kasanschen Militärhospital, mit Belassung in seinem Amte als Professor.

— Verstorben: 1) Am 8. April im Kirchdorf Guljaipole (Gouv. Jekaterinoslaw) der dortige Arzt Jakob Kerner im 37. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Der Hingeschiedene hatte 1882 den Arztgrad an der Kiewer Universität erhalten und darauf mehrere Jahre in der Billroth'schen Klinik und in den Augenkliniken in Wien, Berlin und Heidelberg gearbeitet. Nach der Rückkehr in seinen Geburtsort Guljaipole liess er sich als Arzt daselbst nieder. Sein Ruf als Augenarzt ging weit über die Grenzen des Jekaterinoslawschen Gouvernements hinaus und es kamen daher Augenkranke auch aus entfernteren Gegenden zu ihm, um sich von ihm behandeln und operiren zu lassen. 2) In Smolensk der frühere Stadtarzt von Melenki (Gouv. Wladimir) Romuald Jakubowski an Pericarditis. Nach Absolvirung des Curses in Kiew (1862) wurde J. Stadtarzt von Melenki, in welcher Stellung er bis zum vorigen Jahre verblieb, wo er nach 30-jährigem Dienst seinen Abschied nahm und nach Smolensk zog, um dort seine Kinder zu erziehen. Der Verstorbene, welcher allgemeine Achtung und Liebe in Melenki genoss, bekleidete auch viele Jahre die Ehrenämter eines Deputirten der Stadtduma und der Landschaftsversammlung, wie auch das eines Friedensrichters. 3) In Perm der Eisenbahnarzt W. S. Wyshinski im 60. Lebensjahre. 4) In Paris der dortige praktische Arzt Dr. Cusco, der Erfinder des Mutterspiegels, im Alter von 74 Jahren.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie Tschudnowski und Pasternacki haben das ihnen für ihre Vorlesungen zukommende Honorar (in Summa 626 Rbl. 63 Kop.) wiederum zum Besten der Unterstützungscasse nothleidender Studenten der Academie gespendet. Durch öffentliche Vorlesungen, welche von Gliedern der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit und von Privatdocenten der mil.-med. Academie in diesem Winter veranstaltet wurden, sind zu gleichem Zweck über 400 Rbl. beschafft worden.

— Wie mehrere russisch Tagesblätter berichten, ist in einer hiesigen chirurgischen Heilanstalt vor Kurzem ein Fall von Chloroformtod beim Zahnziehen vorgekommen.

— Ein gewisser W. P. Kelch hat ein Kapital von 23,000 Rbl. zu Stipendien an der Universität Tomsk gespendet.

— In Dresden ist im Garten des dortigen Garnison-Lazareths ein Denkmal für den verstorbenen verdienstvollen sächsischen Generalarzt Prof. Dr. Roth errichtet worden, welches am 28. April n. St. enthüllt wurde.

— Mit der von uns bereits erwähnten Creirung eines neuen Lehrstuhls für Infectionskrankheiten und Bacteriologie beabsichtigt die militär-medicinische Academie auch eine besondere Klinik mit ca. 50 Betten für acute Infectionskrankheiten auf



dem Grundstück der Academie zu erbauen. Die neue Klinik wird aus 4 von einander getrennten Gebäuden für Masern-, Scharlach-, Pocken- und Diphtherie-Kranke bestehen. Ein fünftes Gebäude ist für die noch zweifelhaften Fälle bestimmt.

— In der vom Damen-Lazareth-Comité der russischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes unterhaltenen Schule für Arztgehülfinnen und Feldscherinnen sind in den 21 Jahren ihres Bestehens 320 Arztgehülfinnen und Feldscherinnen ausgebildet worden. (Russk. Med.).

— Das im Verlage von Ferd. Enke in Stuttgart erscheinende ausgezeichnete Werk «Deutsche Chirurgie» hat durch das Hinscheiden der Professoren Billroth (Wien) und Lücke (Strassburg) ihre beiden Redacteure verloren. Die Verlagshandlung hat in erfreulicher Weise einen Ersatz in den bewährten Chirurgen Prof. E. v. Bergmann (Berlin) und Prof. Paul v. Bruns (Tübingen), welche die Redaction bereits übernommen haben, gefunden.

— Der bekannte Berliner Gynäkologe Prof. Olshausen ist an einer schweren Lungenentzündung erkrankt, doch soll, wie die «Allg. med. Centr. Ztg.» meldet, bereits eine Wendung zur Besserung eingetreten sein.

— Der XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, welcher vom 18.–21. April in Berlin stattfand, scheint wie wir der «Allg. m. C.-Ztg» entnehmen, diesmal eine geringere Betheiligung, als in den früheren Jahren, gefunden zu haben. Nicht erschienen waren u. A. die Proff. Czerny (Heidelberg), König (Göttingen) und Trendelenburg (Bonn), Sonnenburg (Berlin), J. Wolff (Berlin). Der Vorsitzende Prof. v. Esmarch (Kiel) eröffnete die Sitzung mit einer warm empfundenen Gedächtnissrede auf Billroth, worauf er der Verdienste des kurz nach Billroth verstorbenen Prof. Alb. Lücke (Strassburg) gedachte. Auch dem Andenken des jüngst verstorbenen berühmten französischen Chirurgen Lefort, dessen Ernennung zum Ehrenmitgliede der Ausschuss beantragen wollte, widmete er einen ehrenden Nachruf. Zum Vicepräsidenten des Congresses wurde Prof. v. Bruns (Tübingen) per Acclamation gewählt.

— Wir erhalten folgende Zuschrift:

In der letzten Nr. der «St. Petersbg. Med. Wochenschrift» wird gesagt: (S. 160) «Der durch den Tod Charcot's vacant u. s. w.»

Das ist nicht richtig.

Der Lehrstuhl der pathol. Anatomie in der Pariser medicinischen Facultät wurde nach Charcot schon 1880 vacant und seit dann durch Prof. Cornil besetzt. Charcot hat dann die neu eröffnete Nervenklinik übernommen; dieselbe wurde durch seinen Tod vacant und ist seit einigen Tagen durch Dr. Raymond besetzt.

Dr. Malassez (Chef des histologischen Laboratoriums im Collège de France) ist der Nachfolger von Charcot als Mitglied der Pariser Medicinischen Academie (Académie de Médecine) in der Section der pathologischen Anatomie.

— Nach einer Zuschrift der «Düna-Ztg.» aus Mitau bestand bisher in Kurland das anomale Verhältniss, dass in fast jeder Kreisstadt ein Kreisarzt und ein Stadtarzt angestellt war, nur mit der Gouvernementsstadt Mitau war's nicht so. Hier hatte der Kreisarzt allein sämmtliche gerichtlich-medicinischen Functionen und Wahrnehmungen der öffentlichen Hygiene zugleich für den Kreis und die Stadt zu erfüllen, wodurch das Arbeitsgebiet für den einen Gerichtsarzt ein übergrosses wurde. Seit etwa zwei Jahren waren Verhandlungen darüber im Gange, diese beiden Posten zu trennen, d. h. die Stelle eines Gerichtsarztes (Stadtarztes) für Mitau neu zu creiren. Wie aus sicherer Quelle mitgetheilt wird, ist solches nun perfect geworden, und zwar ist für diese neugeschaffene Stellung eines Mitauschen Stadtarztes ein Dr. Mawrizki aus Moskau designirt worden. Da diesem Herrn vermuthlich die Kenntniss der örtlichen Landessprache abgehen dürfte, so lässt sich voraussehen, dass er aus diesem Grunde unter erschwerenden Umständen sein Amt antreten wird.

— Die Zahl der Aerzte, welche 1892–93 in Deutschland approbirt worden sind, beträgt 1424 (gegen 1522 im vorhergehenden Prüfungsjahr). Zahnärzte sind dort 133 und Apotheker 594 approbirt worden.

— Die Cursaison der kaukasischen Mineralbädergruppe ist für das Jahr 1894 von der Badeverwaltung folgendermaassen festgesetzt worden:

1) In Pjatigorsk vom 1. Mai bis 1. October.
2) In Essentuki vom 15. Mai bis 15. September.
3) In Shelesnowodsk vom 20. Mai bis 15. September.
4) In Kislowodsk vom 1. Juni bis 1. October.

Die Cursaison ist in diesem Jahre um 14 Tage verlängert worden (in Pjatigorsk und Kislowodsk dauerte sie früher nur bis zum 15. September, in Essentuki und Shelesnowodsk früher nur bis zum 1. September), um für weniger bemittelte Kranke zwei billigere Curperioden — vom 1. Mai bis 15. Juni und vom 15. August bis 1. October — zu schaffen, da in der Hauptsaison (vom 15. Juni bis 15. August wegen des grossen Confluxes von Curgästen die Preise für Wohnung, Lebensmittel etc. viel theurer sind. Vom 15. April bis 31. October ist auch eine Preisermässigung von 30 pCt. für die in die kaukasischen Bäder reisenden Passagiere (hin und zurück) auf den meisten russischen Eisenbahnlinien bewilligt worden.

— In der Pensionscasse der Aerzte Frankreichs, welche vor 10 Jahren gegründet wurde, hat sich — da statutengemäss bisher keine Pensionen gezahlt wurden — ein Kapital von 488,203 Frcs. angesammelt. In diesem Jahre sollen die ersten Pensionen bewilligt werden.

— Die vor Kurzem geschlossene dritte internationale Sanitätsconferenz in Paris, betreffend die gegen das Eindringen der Cholera zu ergreifenden Schutzmaassregeln, beginnt bereits ihre wohlthätigen Wirkungen zu äussern. Zur Erfüllung eines der Beschlüsse der Sanitätsconferenz, Schutzvorkehrungen zur Verhütung der Einschleppung der Cholera auf dem Seewege durch das Rothe Meer zu treffen, hat die egyptische Regierung behufs Ueberwachung der Pilgerzüge nach Suez eine Comission gesandt, zu welcher ein österreichischer, ein französischer und ein englischer Arzt hinzugezogen worden sind.

— Die Cholera herrschte in der Türkei am Ende des vorigen und zu Anfang dieses Jahres noch in verschiedenen Gegenden. In Constantinopel wurden v. 29. März–4. April 36 Erkrankungen und 25 Todesfälle gemeldet. Im Vilajet Adrianopel kamen v. 24. Dec. v. J. bis 17. Februar d. J. 23 Erkrankungen, 16 Sterbefälle und im Vilajet Bagdad v. 15.–29. Nov. v. J. 106 Sterbefälle vor.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. April d. J. 5996 (118 weniger als in der Vorwoche), darunter 257 Typhus — (23 mehr), 623 Syphilis, — (47 weniger), 66 Scharlach (8 mehr), 22 Diphtherie — (3 wen.). 127 Masern — (11 mehr), und 22 Pockenkranke — (3 mehr).

Vacanzen.

Es wird ein freipracticirender Arzt für den Flecken Bobrowizy (Gouv. Tschernigow) gesucht. Subsidie 300 Rbl. jährlich. Nähere Auskünfte ertheilt Apotheker Schlain daselbst.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. April 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0–6 Mon.	7–12 Mon.	1–5 Jahr.	6–10 Jahr.	11–15 Jahr.	16–20 Jahr.	21–30 Jahr.	31–40 Jahr.	41–50 Jahr.	51–60 Jahr.	61–70 Jahr.	71–80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
353	275	628	113	61	140	19	5	18	47	46	52	44	47	26	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 39, Scharlach 10, Diphtherie 15, Croup 7, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 00.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 10. Mai.

Mineralbad DRUSKENIKI

(das russische Kreuznach),

17 Werst von der Station Poretschje, St. Petersburg-Warschau Eisenbahn. Von der Stadt **Grodno** bis zum Flecken «Druskeniki» wird tägliche **Dampfer-Verbindung** per Fluss Njimen unterhalten.

Die Cursaison dauert vom 15. Mai bis 15. September.

Nähere Auskunft wird ertheilt: in **Druskeniki** (Gouvernement Grodno) im Comptoir des Mineralbades und in **St. Petersburg**, Galernaja 33, im Comptoir von 12—3 Uhr Nachm. (65a) 1—1

Dr. C. Dapper's **„Neues Kurhaus"**

Bad Kissingen

Eingerichtet zur speciellen Behandlung aller Magen- und Darmkrankheiten, von Diabetes, Gicht, Ernährungs- und Kreislaufstörungen, sowie funktionellen Neurosen.

Vorzüglich erhöhte Lage in nächster Nähe des Kurgartens und des Waldes.

Das ganze Jahr hindurch geöffnet. (18) 13—3

Näheres durch Prospekte. **Dr. C. Dapper.**

Bad Ems

einzige alkalisch-muriatische Thermen Deutschlands, 25—50°C.

Verschiedene Trinkquellen, Milchkur und Molken, Wasser- und Dampfbäder, Douchen, Massage. Inhalationen jeder Art. Luftcurort Malberg, 333 M. hoch mit Drahtseilbahn. Das Klima ist mild und die Witterungsverhältnisse sind die denkbar günstigsten.

Kurzeit vom 1. Mai bis 1. October.

Prospecte durch die Kgl. Bade-Verwaltung und die Kur-Commission. (52) 5—1.

Saison: MAI—OCTOBER.

BAD REICHENHALL

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode**, Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete, Bahn- und Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das

K. Badecommissariat.

(40) 3—3.

Unterkunft billig. — Saisonbeginn 1. Mai.

Das steirische Gastein,

österreichische Südbahnstation (mit Eilzug von Wien 8½, von Triest 6 Stunden). **Kräftigste Akrathotherme 30 bis 31° R.**, ähnlich Gastein, Pfäffers, Wildbad und Töplitz. Subalpines, herrliches Klima. Badearzt: Sanitätsrath und Operateur **Dr. H. Mayerhofer.**

(Vom 1. October bis 1. Mai in Wien, Stadt, Krugerstrasse 13). — **Prospecte gratis durch die Bade-Direction.**

RÖMERBAD.

(65) 2—1

Während der ganzen Badesaison ordinire wie im vorigen Jahre in **Reinerz** in Schlesien

Dr. Wladyslaw Stan

fr. Assistent des Prof Jurasz in Heidelberg wohne: **«Villa Kaiserhof»**. (49) 6—2

STOTTERN

heilt Carl Ernst. Ununterbrochene Curse St. Petersburg, Newsky Prosp. № 52. Den Herren Aerzten alle Auskünfte gratis und franco. (53) —2.

Новое изданіе К. Л. Риккера въ Спб., Невскій пр., 14.

РУКОВОДСТВО

КЪ КЛИНИЧЕСКОМУ ПОЛЬЗОВАНІЮ ЛѢКАРСТВАМИ

для врачей и студентовъ.

Профессора д-ра Фр. Пенцольдта, въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ 3-го исправл. и дополн. нѣмецкаго изданія прив.-доц. д-ра

Г. А. Шапиро.

Русское изданіе второе. 1894. Цѣна 3 руб., съ пересылкой 3 руб. 35 к.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій пр. 14.

ПОСОБНИКЪ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМЪ ИЗСЛѢДОВАНІИ ТРУПА

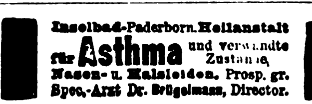
И ПРИ ИЗСЛѢДОВАНІИ ВЕЩЕСТВЕННЫХЪ ДОКАЗАТЕЛЬСТВЪ.

Проф. Н. А. Оболонскаго (Кіевъ).

Съ 22 рисунками въ текстѣ и XI табл. 1894. Цѣна 3 р. 60 к., съ перес. 4 р.

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje Selo.

Saison vom 15. Mai. Behandlung mit Kumys, eisenhaltigem Kumys, Kefir, verschiedenen Mineralwässern (natürlichen und künstlichen); warme Bäder mit Zusatz verschiedener Substanzen; Elektrotherapie. Zimmer für Kranke mit voller Pension à 125 pro Monat. (56) 5—3.



Dr. Hch. WELSCH in Bad Kissingen.
Kurarzt seit 15 Jahren. (67) 8—1

Wildbad (Württemberg). # Hôtel Klumpp **Wildbad** (Schwarzwald).

am Curplatz

gegenüber den Kgl. Badgebäuden und in unmittelbarer Nähe des Kgl. Parks.

◆◆ **2 hydraulische Personenaufzüge.** ◆◆

Grösstes Hôtel I. Ranges am Platze mit allen Einrichtungen der Neuzeit; sowie einer **reizenden Gartenanlage** über dem Enzbett zwischen d. Hôtels. **Ausgezeichnete Küche und Keller**, sowie gute Bedienung. **Table d'hôte um 1 und 5 Uhr. — Restaurant** (41) 2—2

Ermässigte Zimmerpreise für den Monat Mai bis Mitte Juni u. wieder für Septemb.

Das WILDBAD im württbg. Schwarzwald.

Von Pforzheim in einer Stunde.

Von Stuttgart in 3 Stunden mit der Eisenbahn erreichbar.

Seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen chronischen u. acuten Rheumatismus und Gicht, Nerven- und Rückenmarksleiden, Ischias, Lähmungen aller Art, örtliche wie allgemeine Folgen von Verletzungen, chronische Leiden der Knochen u. Gelenke, chronische Verdauungsstörungen, Katarrhe der Luftwege, Harnbeschwerden, Frauenkrankh., Erschöpfung d. Kräfte etc.

Hauptsaison von Mai bis October.

Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

Weitere Kurmittel: Dampf- und Heissluftbäder, schwed. Heilgymnastik, (System Dr. Zander), Electrotherapie, Massage in dem bekannten Prachtbau **‹König Karls-Bad›**. — Herrliche Tannenwälder und Waldwege, Kurkapelle, Theater und sonstige Vergnügungen aller Art, Jagd auf Hoch- und Niederwild, Fischerei. Comfortable Hotels und Privatwohnungen.

Prospecte und jede gewünschte Auskunft durch die **K. Badverwaltung** oder das **Stadtschultheissenamt**. (29) 3—3

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (23) 12—3

FRANZENSBAD.

(Böhmen). 450 Meter über Ostsee. **Directe** Eilzugsverbindung (Schlafwagen) mit allen Hauptstädten des Continents. — **Saison vom 1. Mai bis 1. October.**

Alkalisch glaubersalzige Eisensäuerlinge von den mildesten bis zu den stärksten. Leicht verdauliche **Stahlquellen. Lithionquellen. Kohlensäuerliche Mineral-** und **Stahlbäder. Kohlensäure-Gasbäder. Moorbäder** aus dem **berühmten Franzensbader salinischen Eisenmineralmoor**, der an Heilwerth **alle** anderen **Moore übertrifft**. (Frerichs, Seegen u. A.).

Vier grosse mustergiltige **Badeanstalten. Kaltwassercur. Römisch-irische Bäder. Russische Dampfbäder. Elektrische Bäder. Massage.**

Heilanzeigen: Blutarmuth, Bleichsucht, fehlerhafte Blutmischung, allgemeine Ernährungsstörungen. Chronische Katarrhe sämmtlicher Schleimhäute, Verdauungsschwäche und chronische Stuhlverstopfung. Chronische Nervenkrankheiten. Chronischer Rheumatismus. Gicht. Chronische Exsudate, Frauenkrankheiten.

Ansführliche Ppospecte gratis. — Jede Auskunft ertheilt bereitwilligst das **Bürgermeisteramt als Curverwaltung.** (28) 3—3.

BAD NAUHEIM

PENSION VICTORIA

Besitzerin: Frl. Marie von Ditfurth.

In bester Lage mit Garten, gut und elegant eingerichtete **Kurpension I. Ranges.** Mässige Preise. Ausserhalb Wohnende erhalten Mittagstisch zu Pensionspreis. Prosp. zur Verfügung. (68) 8—1

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1893 über 700,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebliche Wildunger Salz** ist nur ein künstliches **zum Theil unlösliches** und geringwerthiges Fabrikat. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen-Hof** erledigt:

(47) 8—1 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

Dr. Putzar's Sanatorium

Königsbrunn bei Königstein (sächsische Schweiz)

Wasserheil- und Kuranstalt. Elektro- und Mechanotherapie. **Kohlensäure-Bäder** (Pat. Lippert) **Diät- und Mastkuren.**

Das ganze Jahr besucht. * Mässige Preise. * Prospekte gratis.

(36) 6—6 **Besitzer: Dr. med. Putzar.**

Съ 15-го Мая до конца Августа м. сего 1894 года практикую въ Кеммернѣ.

Докторъ медицины **Ф. М. БЕРГЪ.**

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE.

Ab **Berlin** 4½ Std. 45 täg. **Saisonkarten,** Frequenz 1892: 9395, 1893: 9847. **Prospect.** d. d. **Badeverwaltung.** (66) 10—1

Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 14. (26.) Mai **1894**

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in **Wolmar** vom 5—7. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht übersteigen darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst schriflich bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Ein Fall von progressiver Bulbärparalyse nach Influenza.

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. Jan. 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

«I have therefore no hesitation in stating that there are few disorders or diseases of the nervous system which are not liable to occur as consequences of grip.»
Althaus, Influenzaetc. London 1892, p. 18.

Unter allen Infectionskrankheiten zeichnet sich die Influenza am meisten durch die Fülle der Complicationen und Nachkrankheiten, besonders des Nervensystems, aus.

Es giebt in der That kaum eine Nervenkrankheit, die nicht als Nachkrankheit der Influenza angetroffen wurde wie das aus dem ausgezeichneten und sehr fleissigen Buche von Althaus[1]) leicht zu ersehen ist.

Merkwürdiger Weise ist aber die Bulbärparalyse als Folgeerkrankung der Influenza bis jetzt noch nicht beobachtet worden. Nur Mac Donald[2]) theilte das Resultat der Autopsie eines an Influenza verstorbenen 29-jährigen Paralytikers mit, wo er unter anderweitigen Veränderungen des Hirns und seiner Häute starke, an capilläre Haemorrhagie reichende Congestion des Bulbus Medullae, besonders am Boden des vierten Ventrikels und im Centrum der Medulla oblongata, wo die Gefässe von Blut strotzend gefüllt waren, fand.

Darum denke ich, wird es Ihnen nicht uninteressant sein, einen Fall von progressiver Bulbärparalyse nach Influenza zu sehen.

Die Kranke, Köchin, ist 29 Jahre alt. Stammt aus einer kerngesunden Familie, in der Bulbärparalyse, soviel bekannt, niemals vorgekommen ist; sie bekam die Menses mit 16 Jahren, dieselben waren immer regelmässig. Mit 20 Jahren verheirathete sie sich mit einem, in allen Beziehungen gesunden Manne und hat drei Kinder geboren, das letzte vor 6 Jahren. Bis jetzt hat sie nie an irgend welcher ernsten Krankheit gelitten. Sie ist seit zwei Jahren Wittwe.

Vor zwei Monaten erkrankte sie an Influenza, von der sie sich schnell erholte. Nach einem Monat ungefähr bemerkte sie, dass ihr die Sprache etwas schwerfällig wurde, dass flüssige Speisen ihr zur Nase herauskamen, dass der Speichel sich im Munde sammelte und dass sie nicht so leicht wie früher schlucken konnte.

Ausserdem bemerkte sie, dass ihre Sprache etwas heiser und näselnd wurde; sie litt auch hin und wieder an Kopfschmerzen. Nach und nach erreichte sie den Zustand, in dem Sie sie vor sich sehen.

Status praesens. Die Kranke ist eine mittelkräftig gebaute Frau, die Haut und Schleimhäute sind blass, Knochen und Musculatur gut, der Kopf von normaler Configuration, Intelligenz gut, Psyche etwas deprimirt.

Die Stirnhaut kann gut in Falten gelegt werden, die Augen können gut geöffnet und geschlossen werden, Augenbewegungen vollkommen normal. Pupillen von mittlerer Grösse, reagiren prompt auf Licht und Accomodation, Augenhintergrund ebenfalls vollkommen normal. Die Lippen sind schmal und dünn, Pfeifen und «Spitzen» des Mundes unmöglich. Die Lippenlaute werden schwer ausgesprochen. Die hervorgestreckte Zunge zeigt einen leichten Tremor und scheint dünner als normal zu sein und weist in gleichem Abstande von beiden Rändern seichte Furchen auf. Die Bewegungen der Zunge scheinen noch normal zu sein, obschon die Zungenbuchstaben

[1]) Influenza: its pathology, symptoms, complications and sequels. London, 1892.

[2]) Lancet, March 12, 1892.



nicht so deutlich ausgesprochen werden können. Die Uvula ist nach links verzogen. Beim Geniessen von Flüssigkeiten geht ein grosser Theil derselben durch die Nase.

Es besteht auch eine bedeutende Parese des Constrictor pharyngis, wodurch der Schlingact stark erschwert ist.

Die Untersuchung des Kehlkopfes ergiebt eine Lähmung des linken M. crico-arytaenoideus posticus, wodurch eine Medianstellung des betreffenden Stimmbandes hervorgerufen wird. Die Stimme ist etwas heiser und näselnd. Gesicht, Geschmack, Geruch und Gehör normal.

Herz, Lunge und Abdominalorgane sichtlich intact. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig: Urin von normaler Quantität, enthält keine abnormen Bestandtheile.

Sensibilität der Haut und der zugänglichen Schleimhäute, besonders des Rachens und des Einganges in den Kehlkopf, überall in Ordnung. Haut und Sehnenreflexe zeigen nichts Abnormes.

Die elektrische Erregbarkeit der Körpermusculatur ist der Norm entsprechend, die der betroffenen Theile ist etwas herabgesetzt, dieselben zeigen aber nirgends irgend welche Degenerationserscheinungen.

Muskelgefühl überall gut. Die mechanische Erregbarkeit der zugänglichen betroffenen Muskeln ist etwas erhöht.

Da es sich also bei unserer Kranken um eine progressive Lähmung oder besser — Atrophie der Zunge, der Lippen, des weichen Gaumens und des Kehlkopfes handelt, so haben wir das Recht, ihre Krankheit als Paralyse progressive glosso-labio-pharyngo-laryngée, oder, da es sich bei ihr um eine Erkrankung der Kerne der zu diesen Muskeln gehenden Nerven im Bulbus medullae spinalis handelt, mit Wachsmuth, als progressive Bulbärparalyse zu bezeichnen.

Gewiss hat die Krankheit bei unserer Patientin noch nicht den Grad der Entwickelung erreicht, wie sie in den Beschreibungen dieser Affection von Duchenne[3]) und Raymond[4]) zu lesen ist. Wir müssen aber nicht vergessen, dass die Erkrankung unserer Patientin noch jungen Datums ist.

Die Prognose ist leider eine schlechte.

Sie wird von mir mit Elektricität behandelt und den Aussagen der Kranken nach, spricht und schluckt sie viel besser als früher, aber der Erfahrung nach wird diese Besserung höchst wahrscheinlich nicht lange anhalten.

Da die Bulbärparalyse in dem Alter unserer Kranken sehr selten vorkommt und da sie an keiner Krankheit, nach der die Bulbärparalyse gewöhnlich vorkommt, litt, so scheint es mir recht und billig, dieselbe mit der von ihr überstandenen Influenza in Zusammenhang zu bringen.

Unter den aetiologischen Momenten, die progressive Bulbärparalyse hervorrufen können, sind folgende zu nennen: Syphilis, Erkältungen, hereditäre Einflüsse, körperliche Anstrengungen, besonders das Spielen auf Blasinstrumenten; nach Eulenburg[5]) soll diese Krankheit auch nach Typhus und Puerperalaffectionen vorkommen.

Dr. Guthrie[6]) sah bulbäre Crisen nach Diphtherie, Influenza aber ist bis jetzt unter diesen Momenten nicht erwähnt.

Ein Fall von motorischer Aphasie nach Influenza.

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. Februar 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. A. Kohan und Dr. L. Stembo.

Den 12. Januar hatte ich die Ehre Ihnen eine Kranke mit Parese oder besser Atrophie der Lippen, der Zunge, des weichen Gaumens und des linken Stimmbandes vorzustellen. Heute stelle ich Ihnen eine zweite Kranke, die an einer Lähmung des unteren Theiles der rechten Gesichtshälfte, der Zunge, des weichen Gaumens und ebenfalls des linken Stimmbandes leidet, vor.

Obwohl beide Erkrankungen nach Influenza entstanden waren, und äusserlich, wie Sie sehen, einige Aehnlichkeit haben, so sind sie doch himmelweit von einander verschieden und zeichnet sich die zweite Kranke noch durch die bei ihr vorhandene motorische Aphasie aus. Bevor ich aber auf den Unterschied zwischen diesen beiden Krankheiten eingehe, will ich Ihnen kurz die Krankengeschichte dieser Patientin mittheilen.

Frau R. J. ist 28 Jahre alt; Menstruation regelmässig seit dem 16. Jahre. Vor vier Jahren verheirathete sie sich mit einem gesunden Manne, von dem sie zwei gesunde Kinder geboren hat.

Jetzt befindet sie sich im neunten Monat der dritten Schwangerschaft. Bis zur letzten Zeit war sie noch nie krank; nie sind irgend welche hysterische Erscheinungen beobachtet worden, weder in ihrer Familie, noch in der ihres Mannes sind irgend welche constitutionelle Leiden zu verzeichnen, nur ihr Vater leidet hin und wieder an Kopfschmerzen.

Im achten Monat dieser Schwangerschaft laborirte sie einige Tage an einer Krankheit, die ihrer Beschreibung nach höchstwahrscheinlich Influenza war.

Gleich nach der Krankheit verspürte sie Schmerzen im Halse, die schon nach einigen Pinselungen vergingen. Nach drei Wochen kamen die Schmerzen wieder und noch viel heftiger als früher, was eine neue Behandlung erforderte. Nach und nach wurde ihre Stimme belegt und heiser.

Vier Wochen nach Beginn ihrer Erkrankung verspürte sie sitzend und ein Kind auf dem rechten Arm haltend eine Schwäche in demselben. Sie wollte sprechen, konnte aber kein einziges Wort hervorbringen und gleich darauf bemerkten die Angehörigen, dass auch ihr Gesicht schief wurde. Das Bewusstsein verlor sie nicht. Sie verstand Alles, was man mit ihr sprach, konnte aber ihre Gedanken weder in Worten noch schriftlich ausdrücken.

Dr. Kohan, der sie zuerst sah, fand eine Wunde im Spatium inter-arytaenoideum mit Lähmung des linken Stimmbandes und schickte die Kranke zur weiteren Untersuchung zu mir. Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: Die Kranke ist von kleinem Wuchs, kräftigem Körperbau mit gutem Knochen- und Muskelsystem und ziemlich reichlichem Fettpolster. Die Stirn kann leicht in Falten gelegt, die Augen können gut geöffnet und geschlossen werden, die Bewegungen der Augen selbst sind normal. Die Pupillen von mittlerer Weite, reagiren prompt. Der Mund ist nach links verzogen, die Zunge weicht beim Hervorstrecken etwas nach rechts ab, die Uvula dagegen nach links. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergiebt das oben von Dr. Kohan Erwähnte.

Die Sensibilität ist an der rechten Seite des Gesichtes, wie am rechten Arm etwas herabgesetzt, sonst am ganzen Körper normal. Die Hautreflexe sind normal, die Sehnenreflexe etwas erhöht. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven hat keine Abweichung von der Norm aufzuweisen. Die Sehschärfe normal, keine Einengung des Gesichtsfeldes, keine Dyschromatopsie. Geruch, Gehör und Geschmack ebenfalls vollkommen normal, alle innern Organe in Ordnung; am Herzen vollkommen normale Töne, nirgends bei der genauesten Untersuchung irgend welche Geräusche vernehmbar. Die Grösse des Uterus entspricht dem neunten Monate der Schwangerschaft.

Bei meiner ersten Untersuchung konnte die Kranke kein einziges Wort herausbringen, auch das Nachsprechen war ihr ganz unmöglich, sie konnte auch nicht schreiben, verstand aber Alles, was ich mit ihr sprach. Es bestand bei ihr also eine rein motorische Aphasie mit Agraphie. Gedrucktes und Geschriebenes verstand sie. Alexie bestand bei ihr also nicht. Nach einigen Tagen begann ihr Zustand sich zu bessern, die Ablenkung des Gesichtes und der Zunge wurde geringer, sie fing an etwas zu sprechen, konnte aber nur Theile von Worten hervorbringen, nachher auch ganze Worte, in denen sie aber viele Buchstaben entweder garnicht aussprach, oder einzelne Buchstaben mit andern vertauschte, es bestand bei ihr also die sogenannte literale Paraphasie. So nannte sie z. B. ihren Namen Riwe Jochelmann «We Ochel», dann später «Iwe Ochelmann», erst ganz unlängst begann sie ihren Namen vollkommen correct auszusprechen. Dann sagte sie statt Feder — Veter, statt Mutter — Futter u. s. w., also eine Erscheinung die wir als Paraphasie benennen. Als sich ihre Sprache besserte, konnte sie auch schreiben und sie schrieb viel richtiger als sie sprach.

Sie sehen also, dass die corticale motorische Aphasie bei ihr jetzt diejenige Form annahm, die man mit Lichtheim[1]) als die subcorticale bezeichnet.

---

[3]) De l'electrisation localisée. Paris 1861, p. 621.

[4]) Maladies du system nerveux, atrophie musculaire et maladies amyotrophiques. Paris 1889, p. 457.

[5]) Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, 2. Auflage, Band III, Seite 574.

[6]) The Lancet, April, 18 and 25, 1891.

[1]) Freud, Zur Auffassung der Aphasien. Leipzig, 1893. Seite 7.



Nach einigen weiteren Tagen, obwohl das Spontansprechen ihr noch sehr schwer fiel, erhielt sie das Vermögen Gehörtes ziemlich gut nachzusprechen. Die subcorticale Form der Aphasie ging bei ihr also in die transcorticale motorische Aphasie über. Jetzt, wie sie sich vor Ihnen befindet, ist nur noch eine unbedeutende Parese des unteren Theiles des Gesichtes, eine kaum merkliche Abweichung der Zunge und des weichen Gaumens zu bemerken, auch der Zustand des Stimmbandes bessert sich sichtlich, wenn auch nicht in demselben Maasse, auch die Aphasie, wie Sie hören, besserte sich seitdem.

Was ist das für eine Krankheit bei unserer Patientin? Hängt sie von der früher von ihr überstandenen Influenza, oder von der später bei ihr gewesenen Erkrankung des Rachens und des Kehlkopfes (Diphtherie?) ab, oder ist diese Krankheit, sowie die Erkrankung des Kehlkopfes, Folgeerscheinung der Influenza? Ich hoffe das letztere beweisen zu können.

Bei unserer Kranken handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Hämorrhagie im unteren Theile der vorderen Centralwindung und der naheliegenden dritten (Broca'schen) Frontalwindung linkerseits, wodurch die Parese des Gesichtes, der Zunge, die motorische Aphasie und die kurze Zeit bestandene Schwäche des rechten Armes sich erklären lassen.

Wovon hängt aber die Lähmung des linken Stimmbandes ab? Ist diese Lähmung auch centralen Ursprungs wie die des Gesichtes und der Zunge? Diese Frage muss mit Nein beantwortet werden und zwar aus zwei Ursachen: Erstens ist es eine altbekannte Thatsache[2]), dass nach Zerstörung irgend welcher Gehirntheile, diejenigen Körpertheile, die immer in Gemeinschaft mit den symmetrischen Theilen der anderen Seite bewegt werden, in ihrer Beweglichkeit nicht, oder doch nur wenig gestört werden, und zwar um so weniger, je weniger sie einseitiger Willkürbewegungen fähig sind. Unter diese zuletzt genannten Theile sind unbedingt die Stimmbänder zu zählen.

Diese durch Erfahrung gewonnene Thatsache ist für die Stimmbänder von Semon & Horsley[3]) auch experimentell bewiesen worden. Ihre Versuche zeigten nämlich, dass einseitige Zerstörung desjenigen Theiles der Hirnrinde, durch dessen Reizung Schliessung oder Oeffnung der Stimmritze hervorgebracht werden konnte, keine Lähmung der Stimmbänder hervorruft, weil jedes dieser Centren bilateral wirkt. Aber wenn auch die Zerstörung dieses Centrums in der Rinde einseitige Lähmung der Stimmbänder hervorrufen könnte, so müsste es das rechte sein, oder man müsste einen besonderen, ganz kleinen Herd, der nur ausschliesslich dasjenige Centrum für das linke Stimmband im Hirn rechterseits getroffen hätte, voraussetzen, was sehr unwahrscheinlich ist.

Die Lähmung dieses Stimmbandes lässt sich am leichtesten durch den örtlichen Process erklären. Durch die vorhandengewesene Wunde wurde nämlich derjenige Ast des N. laryngeus inf. der zu dem M. cryco-arytaenoideus post. geht, oder der Muskel selbst lädirt; ausserdem kann auch eine periphere Lähmung eines Stimmbandes primär und selbstständig nach Influenza vorkommen.

Jetzt müssen wir noch um unsere Voraussetzung zu beweisen drei Fragen beantworten.

1) Könnte nicht bei unserer Kranken Diphtheritis des Rachens und des Kehlkopfes gewesen sein, nach der ja auch Lähmungen vorkommen? Einer solchen nach Diphtherie entstandenen Lähmung könnte nur die Entwickelung der Stimmbandlähmung entsprechen, die, wie aus der Erzählung der Kranken hervorgeht, langsam und allmählich entstand, nicht aber die Lähmung des Gesichts, der Zunge und besonders nicht die plötzlich entstandene und auch ziemlich schnell sich bessernde motorische Aphasie. Auch die elektrische Exploration der erkrankten Theile spricht gegen diphtheritische Lähmung.

2) Sind Hirnhämorrhagien nach Influenza bekannt? Gewiss; denn keine Infectionskrankheit macht den Körper so zu Blutungen geneigt, wie die Influenza, und sind Fälle von Hirnblutungen, wie hämorrhagische Hirnentzündungen vielfach beobachtet und beschrieben worden.

3) Eine weitere Frage, die wir zu beantworten haben, ist die, ob wir eine Hirnblutung, die ungefähr vier Wochen nach Influenza entstand, noch als Folgeerkrankung derselben anzusehen haben?

Gewiss, denn sämmtliche Autoren, die über die verschiedenartigsten Erkrankungen nach Influenza geschrieben haben, rechnen Erkrankungen, die noch viel später als einen Monat nach Influenza entstanden, als Nachkrankheiten derselben.

Als Beispiel möchte ich nur Bernhard Fränkel[4]) nennen, der Laryngitiden die zwei Monate nach Influenza entstanden, noch als Nacherkrankung der Grippe anspricht.

Möglich dass die Veränderungen im Larynx von einer Laryngitis haemorrhagica, die ja ebenfalls, wenn auch selten bei Influenza vorkommt, abhängig zu machen sind.

Unsere Kranke laborirt also an zwei ganz unabhängig von einander entstandenen Folgeerkrankungen der Influenza, — einer ulcerösen Laryngitis mit Lähmung des linken Stimmbandes und einer Blutung an einer oben näher beschriebenen Stelle der linken Hirnhälfte.

Der Unterschied zwischen den beiden Kranken ist kurz folgender:

Abgesehen von dem Sitze der Erkrankung, dort im verlängerten Mark, hier in der Hirnrinde, ist der Verlauf und die Prognose bei diesen beiden in gleichem Alter stehenden Frauen weit verschieden.

Während wir bei dieser Kranken schon nach sechs Wochen vollkommene Herstellung erwarten können, wird sich bei jener Kranken dagegen die Lähmung resp. Atrophie der betroffenen Theile weiter entwickeln und sie durch Ernährungs- und Respirationsstörungen unbedingt zu Grunde richten.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass bei unserer Kranken eine Hirnembolie nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, obwohl, wie Sie hörten, an ihrem Herzen nichts zu finden ist, denn auch Embolien kommen während und nach Influenza vor und entsinne ich mich jetzt eines Falles von Embolie der linken Arteria centralis retinae nach Influenza, den ich zusammen mit Dr. Hlasko vor drei Jahren beobachtet habe.

Dass Hysterie bei unserer Kranken ausgeschlossen werden kann, brauche ich kaum hinzuzufügen. Die vorhanden gewesene Agraphie schliesst den hysterischen Mutismus aus; ferner handelt es sich bei der hysterischen Aphonie gewöhnlich um eine doppelseitige Parese der Stimmbandadductoren, hier haben wir dagegen eine einseitige Abductorlähmung.

Referate.

Guido Baccelli: Ueber intravenöse Injectionen mit Sublimat. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13).

Bekanntlich hat Verf. bei schweren Formen von Malaria die intravenösen Chinininjectionen angegeben und damit sehr gute Erfolge erzielt. Nunmehr versuchte er diese Methode der Einbringung von Medicamenten auch bei Syphilis anzuwenden, namentlich bei sehr hartnäckigen Fällen, die sich gegen die gebräuchlichen specifischen Behandlungsmethoden passiv verhalten. Auch hier war der Erfolg ein vorzüglicher. Zu den Injectionen bedient sich B. folgender Lösung: Hydrargyri bichlor. 1,0, Natrii chlor. 3,0 Aq. destillat 1000. Die Cur beginnt mit 1 mg. Sublimat täglich und steigt allmählich bis

[2]) Moebius. Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten. Seite 70.

[3]) Verhandlungen des 10. internat. med. Congress. zu Berlin. Abtheilung 12, Seite 140.

[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1890, Nr. 44, Seite 1079.

zu 8 mg. (Maximaldose). Die Nadel der mit der Lösung gefüllten Spritze wird in eine Ader der Ellenbogenbeuge oder an der Oberfläche der Hand eingeführt, nachdem die Venen durch Binden am Oberarm zum Anschwellen gebracht worden sind; strenge Asepsis muss zur Regel gestellt werden. Als Vorzüge dieser Methode hebt Verf. Folgendes hervor: 1) die geringe Quantität des angewandten Heilmittels im Gegensatz zu den grossen Dosen, die bei den hypo- und endermatischen Behandlungsmethoden verwendet werden müssen. 2) Die Möglichkeit, manche schwere Symptome rasch zu bekämpfen. 3) Die directe Einwirkung des Mittels auf die Gefässwände, welche sehr häufig von der Syphilis alterirt werden. — Verfasser behandelt schon seit Jahren die Echinococcencysten mit Sublimatinjectionen. Sitzt der Echinococcus in der Leber, so sticht er mit einem Troicart (Röhrchen—2½ mm. im Durchmesser) die Cyste auf ihrem höchsten Punkte an, entzieht ca. 30 Ccm. Flüssigkeit; unmittelbar darauf injicirt er 20 g. einer 1‰ Sublimatlösung und legt Bindentouren an. Nach 5 Tagen wird die Binde abgenommen. Der Parasit wird durch diese Behandlungsmethode getödtet und die Krankheitssymptome schwinden allmählich ganz. Abelmann.

W. Fischel: Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis. Molimina menstrualia. Castration. (Prag. medic. Wochenschrift 1894, Nr. 12).

Schroeder beobachtete in einem Decennium 10 Fälle von Uterus bipartitus, Winckel unter 20,000 gynaecologischen Kranken 11 Mal.

F. beobachtete eine Kranke, 24 a. n., bei der angeblich vom 18. bis zum 22. Jahre alle 4 Wochen einige Tropfen Blut aus dem Genitale abgegangen sind. Seit der Verheirathung (mit 22 Jahren) fand kein Blutabgang mehr statt, dagegen alle 4 Wochen heftige krampfartige Schmerzen, die 5–6 Tage andauerten und Pat. veranlassten das Bett zu hüten. Vor 2 Monaten Bluterbrechen. Bei der kräftig gebauten Frau fand sich bei normalen äusseren Geschlechtstheilen eine blind nach oben endigende, keine Spur von Portio oder einem Muttermunde zeigende Scheide. Fehlen einer jeden Verdickung zwischen Blase und Mastdarm. Ein dünner Strang quer durch's Becken, an dessen Enden man zwei etwa mandelgrosse Körper fühlte. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass diese letzteren die Fundi der rudimentären Uterushälften vorstellten, die Ovarien, überraschend gross, lagen hinter den annähernd normalen Tuben auf dem Darmbeinteller, eines derselben zeigte ein über haselnussgrosses frisches Corpus luteum, der quer durch das Becken ziehende Strang wurde für die solid gebliebenen rudimentären Reste der Müller'schen Gänge gedeutet. Nach Exstirpation der Ovarien glatte Reconvalescenz. Weitere Nachrichten über das Befinden der Pat. fehlen Verf. Lingen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Kopp: Atlas der Geschlechtskrankheiten. München, 1894. (Lehmanns Medic. Hand-Atlanten. Band VI, geb. Mk. 7).

Der Atlas stellt in 53 farbigen und 4 schwarzen Abbildungen, die verschiedenen localen Erscheinungen der venerischen Erkrankungen und die mannigfachen luetischen Exantheme dar. Die mit grosser Sorgfalt ausgeführten Zeichnungen sind sehr instructiv und bieten dem Studirenden sowohl als dem Arzte volle Möglichkeit sich in zweifelhaften Fällen Auskunft zu verschaffen. Ein kurzer Text erklärt jede Abbildung und eine Einleitung behandelt die in Betracht kommenden Krankheitsformen. K.

Bad-Nauheim. Führer für Curgäste und Aerzte von Bergrath Otto Weiss und Medicinalrath Dr. Groedel. Sechste verbesserte Auflage. Friedberg und Bad-Nauheim. Druck und Verlag von Carl Bindernagel 1893.

Unter den europäischen Curorten nimmt bekanntlich das am Taunusgebirge gelegene Bad-Nauheim eine dominirende Stellung ein; dieselbe verdankt das Bad nicht nur seinen heilbringenden Soolthermen, sondern auch den Forschungen seiner hochbegabten Aerzte, die die Wirkungsweise der Soolthermen nam. bei chronischen Herzkrankheiten wissenschaftlich zu begründen suchten, und deren Erfahrungen für die Behandlung verschiedener Kreislaufsstörungen massgebend geworden sind. Es wird wohl jedem praktischen Arzte von Interesse sein, Näheres über die verschiedenen Quellen Nauheims und deren Anwendungsweise von competenter Seite zu erfahren; dies findet der Leser in reichlichem Maasse im vorliegenden Werke, das bereits in der 6. Auflage erscheint. Der erste Theil enthält, neben einem historischen Ueberblick, Angaben über geognostische Verhältnisse, über die Entstehung und Entwicklung des Badeortes und über die verschiedenen Thermen. Der zweite Theil, der wohl für den praktischen Arzt von besonderem Interesse sein dürfte, berichtet über die Heilwirkungen der Nauheimer Quellen und deren Anwendungsweise. In kurzen, durchaus klaren Zügen schildert Medicinalrath Groedel, einer der bekanntesten und beliebtesten Aerzte Nauheim's, die Grundsätze der Bäderbehandlung bei den verschiedenen Krankheiten, dem acuten und chronischen Rheumatismus, der Gicht und namentlich den chronischen Herzaffectionen, dabei werden instructive Krankengeschichten vorgeführt. Leider können wir auf die einzelnen Kapitel, die eine Fülle auf langjähriger Erfahrung beruhender Thatsachen enthalten, nicht näher eingehen. — Den letzten Theil des Werkes bilden Local-Notizen: über Wohnungs- und Verpflegungsverhältnisse, Spaziergänge etc. Wir zweifeln nicht, dass dies zweckentsprechende Büchlein die ihm gebührende Anerkennung unter den praktischen Aerzten finden wird. Abelmann.

L. Edinger: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Vierte umgearbeitete Auflage mit 145 Abbildg. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1893. Preis 7 Mk.

Wenn ein Werk in seinen früheren Auflagen so rühmlich bekannt ist wie das vorliegende, so bedarf es nur eines kurzen Hinweises auf sein abermaliges Erscheinen. — Wer sich noch der I. Auflage dieser zwölf Vorlesungen erinnert, wird einigermaassen überrascht den Stoff in wenigen Jahren so angewachsen zu finden. Das Buch bringt jetzt auf seinen 220 Seiten alles, was die rüstig vorwärts schreitende anatomische Erforschung der nervösen Centralorgane in den letzten Jahren Neues geliefert hat und bietet auch demjenigen, welcher sich auf diesem schwierigen Gebiete weniger zu Hause fühlt die Möglichkeit, sich an der sicheren und sachverständigen Hand des Meisters über alle ihn interessirenden Fragen alsbald die beste Auskunft zu verschaffen. Was diese Auflage besonders auszeichnet sind einzelne neu bearbeitete Kapitel, wie die Riechfaserung, die Züge aus dem Stammganglion und dem Thalamus opticus. Ferner eine ausführlichere Berücksichtigung der Verhältnisse am Thiergehirn und endlich eine bereits in der vorigen Auflage gegebene kurze Darstellung der technischen Methoden, welche zur Untersuchung des Centralnervensystems dienen. Eine sehr grosse Anzahl vorzüglicher Abbildungen erläutern den Text und machen das Buch neben seinen anderen Vorzügen zu dem besten seiner Art. Kallmeyer.

Hermann Frank: Grundriss der Chirurgie. I. Theil. Die allgemeine Chirurgie. Stuttgart, F. Enke, 1893.

Das Buch ist «in erster Linie als Repetitorium für Studirende entworfen» und ist als solches jedenfalls sehr zweckentsprechend. Es zeichnet sich vor ähnlichen klein angelegten Werken, von denen Ref. im Ganzen kein Freund ist, sehr vortheilhaft aus, indem der beliebte Telegrammstyl hier nur selten angewandt, die Darstellung immer zusammenhängend und klar ist, auch je nach der Wichtigkeit die einzelnen Capitel mehr oder weniger eingehend behandelt sind.

Verf. steht durchweg auf modernem Standpunkt; seine praktische Erfahrung spricht aus jedem Capitel. Ueber einzelne Behauptungen liesse sich streiten, doch sind das nur nebensächliche Dinge. Unter allen Compendien, Repetitorien etc., die Ref. kennt, ist das Frank'sche Buch das einzige, das den Studirenden wirklichen Nutzen bringen dürfte. Wanach.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. December 1893.

1) Dr. Bergengrün beendet seinen auf der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag über die Heilbarkeit der Larynxtuberculose. (Der Vortrag erscheint demnächst im Druck.)

Dr. Schmidt theilt im Grossen die von Vortragendem entwickelten Principien. Den ersten von Bergengrün referirten Fall hält er nicht für einwandsfrei, wenngleich er andererseits nicht die Möglichkeit, dass es sich hier um Tuberculose gehandelt habe, strict in Abrede stellen mag. Eine Diagnose per exclusionem können wir aber bei den geschwürigen Processen im Larynx nicht ohne weiteres acceptiren, da wir nicht wissen können, ob uns alle Arten derselben schon genügend bekannt seien. Bei der Behandlung der Larynxtuberculose lege er das Hauptgewicht auf eine rationelle Allgemeinbehandlung. Neben dieser habe auch er günstige Erfahrungen mit der Milchsäure zu verzeichnen. Das Cürettement hält er für sehr riskant; bei gutem Allgemeinbefinden müsse man die Infiltrate in Ruhe lassen, um nicht Ulcerationsprocesse künstlich zu provociren, während ein expectatives Verhalten oft ein Schwinden der Infiltrate beobachten lasse. Das von Moritz Schmidt



proponirte Verfahren durch Tracheotomie den Larynx ruhig zu stellen, erscheine ihm verwerflich, da das Tragen der Canüle grosse Misslichkeiten im Gefolge habe.

Dr. Hampeln theilt in Bezug auf den ersten Fall die Ansicht Dr. Schmidts; da es sich in diesem Falle um eine definitive Heilung handeln würde, könnte dem Falle nur dann die von Dr. Bergengrün zugesprochene Bedeutung gelassen werden, wenn der positive Nachweis der Tuberculose von ihm erbracht worden wäre.

Dr. v. Rimscha glaubt, dass eine sehr energische Behandlung mit acid. lacticum vielleicht doch Erfolg haben dürfte, man müsste dabei nur in der Weise vorgehen, dass das Medicament förmlich in die Schleimhaut eingerieben und dieser Act nicht früher wiederholt werden würde, als bis der Aetzschorf sich abgestossen habe.

Dr. Bergengrün hat den ersten Fall nicht von vornherein in seiner Behandlung gehabt. Dr. Bergmann welcher ihn anfangs behandelt, ist leider nicht anwesend, hat aber damals die positive Diagnose auf Tuberculose gestellt. In Betreff des Cürettements der Infiltrate kann er Dr. Schmidt doch nicht unbedingt beipflichten, da nach demselben die Schluckbeschwerden der Kranken oft wesentlich geringer werden, wodurch der allgemeine Ernährungszustand sich oft zusehends hebt.

Dr. Bergmann bemerkt nachträglich zum Protokoll, dass er den von Dr. Bergengrün referirten Fall zweifellos als tuberculös auffassen muss, da der Lungenbefund, vom verstorbenen Collegen Worms erhoben, für Tuberculose sprach, und die Geschwüre im Larynx ein für diese Erkrankung charakteristisches Aussehen hatten. Dr. Worms hat das Sputum bacteriologisch untersuchen lassen, und aus Aeusserungen, die er nach Empfang des Resultates den Angehörigen des Kranken gegenüber gemacht hat, müsse man annehmen, dass Tuberkelbacillen gefunden worden sind.

Sitzung vom 5. Januar 1894.

1. Dr. v. Rimscha stellt folgenden Kranken vor: B. M. 9 a. aus Dünaburg, hereditär nicht belastet leidet seit 5 Mon. an Husten. Die in Dünaburg eingeschlagene Behandlung, die verschiedenen Expectorantien und Pinselungen des Rachens mit Jodglycerin sind ohne Erfolg geblieben. Pat. hustet nur am Tage; der Husten klingt bellend. Hypertrophie der unteren Muscheln, leichte adenoide Vegetation, leichter hypertrophischer Rachencatarrh, etwas vergrösserte Tonsillen, leicht geröthete Stimmbänder bei gutem Schluss, fast normaler Lungenbefund. Entfernung der adenoiden Vegetation, Verkleinerung der Tonsillen, Aetzung der unteren Nasenmuscheln führen zu keiner Besserung. Sowohl der eigenthümliche Klang des Hustens, als auch das vollständige Aufhören während der Nacht lassen den Husten als einen nervösen erscheinen. Schrötter hat solche Fälle unter dem Namen «Chorea laryngis» beschrieben. (Autorreferat).

Dr. Meys Frage nach der Therapie dieser Erkrankung beantwortet Vortragender dahin, dass dieselben in kalten Uebergiessungen und längerem Chiningebrauch bestehe.

Dr. Bergengrün erkundigt sich, ob in diesem Falle auch die charakteristischen Zitterbewegungen der Aryknorpel zu beobachten wären, was vom Vortragenden verneint wird.

Dr. Bergmann, welcher den Kranken auch untersucht hat, bestätigt dies und sieht in dem Fehlen dieser charakteristischen Erscheinung die Schwierigkeit begründet, die Differentialdiagnose der Hysterie gegenüber zu stellen.

Dr. Hampeln hat derartige Erscheinungen auch öfters zu beobachten Gelegenheit gehabt, dieselben aber immer auf Hysterie zurückgeführt, trotzdem sonstige hysterische Symptome sich nicht immer gleichzeitig constatiren liessen. Eine sehr genaue Untersuchung hätte in diesen Fällen doch vielleicht einzelne Sensibilitätsstörungen etc. zu Tage gefördert.

Dr. v. Rautenfeldt bestätigt nach seinen Erfahrungen die Ausführungen Dr. Hampelns.

Dr. Ed. Schwarz meint, dass bei derartigen isolirten Erkrankungen auch eine sehr genaue Untersuchung nach anderen der Hysterie zukommenden Symptomen in der Regel negativ ausfalle. Besondere Schwierigkeiten entstehen bei Entscheidung dieser Frage an den Extremitäten, besonders an den Gelenken Hier sei es Sache der Erfahrung, doch eine gewisse hysterische Veranlagung herauszufinden, durch welche man auf die richtige Deutung gewiesen werde, denn eine solche hysterische Veranlagung genüge schon zur Entstehung isolirter Erkrankungen.

Dr. Böhlendorff stehen auch 2 ähnliche Fälle zur Beobachtung. Bei einem der Fälle genügt das Liegen im Bette — auch am Tage — um die Anfälle zu beseitigen.

II. Dr. P. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über «Typhusosteomyelitis als Mischinfection». (Ist gedruckt erschienen).

Dr. Hampeln macht darauf aufmerksam, dass die vom Vortragenden geschilderten Complicationen erst im Laufe der letzten Jahre zur Beobachtung gelangt wären, wobei er ausdrücklich betont wissen will, dass sicher ein Uebersehen dieser Erscheinungen in früherer Zeit nicht stattgefunden habe. Die Prognose des Typhus erleidet durch die Möglichkeit dieser Complication eine wesentliche Verschlimmerung. Ferner kann er Dr. Klemm nicht Recht darin geben, wenn dieser den geschilderten flüssigen Producten deshalb den eitrigen Charakter absprechen will, weil sich in demselben keine Eiterkörperchen nachweisen lassen. Dieselben könnten anfangs sehr wohl sich darin befunden haben und erst durch den zersetzenden Einfluss der Typhusbacillen schliesslich zerfallen sein, und in der Flüssigkeit gleichsam in emulgirter Form übrig geblieben sein.

Dr. P. Klemm bestätigt die von Dr. Hampeln zuerst gemachte Angabe, und weist auf eine gleiche Behauptung Fürbringers in Berlin, dem ein überaus grosses Material zur Verfügung stehe. In Betreff der zweiten Aeusserung kann er Dr. Hampeln jedoch nicht ganz beipflichten, denn man müsse doch unterscheiden zwischen den Producten bestimmter Bacillenarten und den regressiven Producten, bedingt durch Mortification der Gewebe, wie sie z. B. in besonders ausgesprochener Form sich oft bei gewissen Stadien der Tuberculose beobachten lassen.

Dr. Hampeln stimmt dieser Unterscheidung wohl zu, glaubt aber im speciellen Falle, wo es sich um so copiöse Mengen von einigen Litern handele, seiner Erklärung mehr Wahrscheinlichkeit zusprechen zu müssen.

Dr. Voss hat auch zweimal Gelegenheit gehabt, diese Form der Osteomyelitis zu beobachten und fragt, ob in allen Fällen dieselbe auf Typhus zurückgeführt werden könne.

Dr. Bergmann betont das unstreitige Verdienst Klemm's als erster den positiven Nachweis von Typhusbacillen geliefert zu haben. Die Casuistik ist bisher noch eine kleine, ca. 20 Fälle enthaltend, die Anamnese dabei meist lückenhaft und nur in wenigen Fällen ausdrücklich Typhus als vorangegangen angegeben. Ein Bacillenbefund ist vor Klemm jedoch nicht erbracht worden. Durch diesen Umstand ist aber erst die Möglichkeit gegeben, die klinisch oft wesentlich verschiedenen Formen der Osteomyelitiden mehr zu specialisiren, während sie bisher alle auf den Staphylococcus allein als Urheber zurückgeführt werden mussten. Als interessant für die ätiologische Seite der Frage theilt Dr. Bergmann ferner eine Publication aus einem Warschauer Hospital mit, nach welcher daselbst in einem Zimmer, wo früher Osteomyelitis Kranke gelegen hatten, Typhuskranke untergebracht wurden, von denen eine grosse Anzahl die besprochene Complication darboten.

Dr. Krannhals hält die Frage über die eiterbildende Fähigkeit der Typhusbacillen noch nicht abgeschlossen. Er für seine Person stehe den Reinbefunden gegenüber sehr skeptisch, nachdem er sich nicht selten bei Culturen der Entzündungsproducte davon habe überzeugen können, ein wie differentes Resultat gewonnen werde, je nachdem die Cultur auf Gelatineplatten, oder auf Agar ausgeführt wurde. Er glaube daher, dass die Typhusbacillen nicht direct Eiterung hervorzurufen befähigt seien, sondern nur die Aufgabe hätten, die Gewebe derart zu beeinflussen, dass dieselben einen geeigneten Nährboden für die Eitererreger böten. Die im Knochenmark speciell sich abspielenden Processe halte er nicht für Eiterung, sondern Nekrose.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Freudenberg empfiehlt gegen chronische Prostatitis Ichthyolzäpfchen. Nur in wenigen Fällen versagte diese Medication; meist wurde in überraschend kurzer Zeit Heilung erzielt. Die Einzeldosis beträgt 0,3, steigend bis 0,6. Verf. verschreibt: Ammonii sulfo-ichthyolici 0,3—0,75, Ol Cacao 2,0—2,5 f. supposit. (Centralbl. f. klin. Medicin 26. 1893).

— Dr. Mounier hat bei Betupfung der Nasenschleimhaut mittelst einer mit Wasser verdünnten Eisenchloridlösung à 30° (Wasser 4:1, 2:1; 1:1 je nach der Form des Leidens) ausgezeichnete Erfolge bei chronischer Rhinitis gesehen, sogar in Fällen — bei Kindern und Erwachsenen — wo die verschiedensten Mittel versagt hatten. Nur in einzelnen Fällen benutzt Verf. die unverdünnte Lösung à 30°. — Als Instrument dient ein an einem Draht befestigter kleiner Wattetampon. Der Schmerz, den der Pat. empfindet, ist sehr gering; im Nothfall hat man die Nasenschleimhaut früher mit einer 10 pCt. Cocainlösung zu anaesthesiren. Gewöhnlich verläuft die Sache folgendermassen: Gleich nach der Anwendung des Mittels schnäuzt sich der Pat. viel während etlicher Minuten, dann kommt Alles in Ordnung. Denselben Abend oder den nächsten Morgen enthalten die Nasensecretionen Blutstreifen und sind überfüllt mit grauen Schleimresten. Der Brandschorf löst sich allmählich ohne Schmerzen. Einige Krankengeschichten bestätigen den Erfolg der Anwendung des Mittels. (La France médicale Nr. 3, 1894.)

Vermischtes.

— Am 8. Mai beging der hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. N. G. Kuprijanow das 40-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar hat sich viel mit dem Einbalsamiren von Leichen beschäftigt.

— Für den vacanten Lehrstuhl der Physiologie an der Neurussischen Universität in Odessa ist der Privatdocent der militärmedicinischen Academie Dr. B. F. Werigo in Aussicht genommen.

— Dr. M. P. Sergejew hat sich als Privatdocent für Pharmacie und Pharmakognosie an der Universität Kasan habilitirt. (Kas. Tel.-Wr.)

— Von der Conferenz der militär-medicinischen Academie sind für die Zeit der diesjährigen Sommerferien 9 Professoren der Academie zu wissenschaftlichen Zwecken in's Ausland abcommandirt worden; es sind die Professoren Tarchanow, Sawarykin, Slawjanski, Danilewski, Jegorow, Lebedew, Bechterew, Ssimanowski und Cholodowski. Von ihnen haben sich die 4 Erstgenannten bereits vor mehreren Wochen in's Ausland begeben.

— Ordensverleihung: Den St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Chefarzt des Astrachanschen Kosakenheeres, Staatsrath Dr. Wilh. Frischmann.

— Ernannt: Der jüngere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Hofrath Alex. Sander — zum Arzt bei S. Kaiserlichen Hoheit dem Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, unter Entbindung vom bisherigen Amte und Belassung beim Militär-Medicinal-Ressort. Der ausseretatmässige Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement und jüngere Ordinator der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzes-Erhöhung, Hofrath Tschigajew — zum Arzt am Hofe Ihrer Hoheiten des Prinzen und der Prinzessin von Oldenburg, mit Belassung in den von ihm bisher bekleideten Stellungen.

— Verstorben: 1) In Nishni-Nowgorod der Director eines dortigen Kinderhospitals und Arzt an der örtlichen geistlichen Schule, Staatsrath Dr. Heinrich Stürmer, im 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1861 liess sich St. anfangs als Arzt in Kowrow (Gouv. Wladimir) nieder, wurde dann Arzt der Grossen Russischen Eisenbahn-Gesellschaft und siedelt nach Nishny-Nowgorod über, wo er bis zu seinem Lebensende neben seiner Privatpraxis als Arzt an einer geistlichen Schule und ärztlicher Director eines Kinderasyls thätig war. 2) Am 3. Mai zu Mitau der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Otto Poetschke im Alter von 42 Jahren. Der Verstorbene war Kurländer von Geburt, hatte aber seine medicinische Studien auf einer ausländischen Universität absolvirt. Nach Erlangung der venia practicandi in Russland, wirkte P. als freipracticirender Arzt in Schlock (Livland), siedelte aber vor nicht langer Zeit nach Mitau über, wo er sich, wie auch schon in Schlock, namentlich als Augenarzt eines besonderen Rufes erfreute. 3) Am 2. Mai in Odessa der Privatdocent der dortigen Universität und frühere Oberarzt des Odessaschen Stadthospitals, Dr. Nikolai Stroganow im 52. Lebensjahre. Der Heimgegangene war ein Schüler der medico-chirurgischen Academie, an welcher er im Jahre 1870 den Arztgrad und 1873 die Doctorwürde erlangte. Als Assistent des bekannten früheren russischen Pathologen Prof. Rudnew bereitete er sich zur gelehrten Carrière vor und wurde auch bereits zum Privatdocenten für patholog. Anatomie an der Academie ernannt, sah sich aber durch zufällige Umstände genöthigt, die praktische Thätigkeit vorzuziehen und Prosector am Stadthospital in Odessa zu werden. Später war er auch einige Jahre Oberarzt dieses Hospitals, gab aber wegen Conflicte mit der Hospitalverwaltung diesen Posten auf und widmete sich der Privatpraxis. Der Verstorbene ist vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, er gehörte auch zu den Gründern der «Jushno Russkaja Medizinskaja Gaseta». An dem ärztlichen Vereinsleben nahm er stets regen Antheil; er war in früheren Jahren Präsident der Gesellschaft Odessaer Aerzte und in letzter Zeit Präses der Gesellschaft der Hospitalsärzte in Odessa. 4) Am 27. April in St. Petersburg der jüngere Arzt des Romanowschan Reservebataillons F. A. Tschetweruchin im 38. Lebensjahre. 5) In Breslau der emeritirte Professor der Anatomie an der dortigen Universität, Dr. Grosser, im Alter von 74 Jahren. Er wurde bereits vor 20 Jahren pensionirt und widmete sich ganz mikroskopischen und wissenschaftlichen Studien, bis ihn zunehmende Augenschwäche daran hinderte.

— Der Sanitätsarz der St. Petersburger Station der Nikolai-Eisenbahn, wirkl. Staatsrath Dr. A. J. Kriwski, ist zum Oberarzt der Nikolai Eisenbahn ernannt worden.

— Am 8. Mai fand auf dem hiesigen lutherischen Smolenski-Kirchhof die Einweihung des Denkmals statt, welches von den Collegen, Schülern und Verehrern des verstorbenen Prof. Dr. Carl Reyher auf seinem Grabe errichtet worden ist. Dasselbe besteht aus einer Bronze-Büste Reyhers, welche auf einem hohen Postament aus Granit ruht. Die Gedächtnissreden hielten bei dieser Gelegenheit zwei ehemalige Schüler des Verstorbenen, der Ehren-Leibchirurg Dr. Weljaminow und Dr. J. J. Iwanow.

— Auf Initiative des Gouverneurs von Tomsk wurden vom Medicinaldepartement drei Specialisten zur Bekämpfung der im Gouvernement Tomsk in erschrecklichem Grade herrschenden Syphilis auf die Zeit des Sommers abcommandirt. Die Wahl des Medicinaldepartements ist auf die Aerzte am hiesigen städtischen Kalinkinhospital D. B. Flittner, A. D. Stepanow und D. S. Tschapin gefallen, welche in nächster Zeit nach Tomsk abreisen werden.

— Bei der militär-medicinischen Academie werden in diesem Jahre zum ersten Mal die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungscommission stattfinden, welche ihre Thätigkeit im September beginnen wird. Ausser den Studirenden der Academie werden auch andere Personen, welche hierzu berechtigt sind, zu den Prüfungen in der Commission zugelassen werden. Zum Präses der Commission soll, wie die «Nowoje Wremja» erfährt, der bekannte Physiologe, Academiker der Academie der Wissenschaften, Dr. Philipp Owsjannikow, designirt sein.

— Die Cursaison beginnt in den Badeorten Druskeniki (Gouv. Grodno) und Sslawjansk (Gouv. Charkow) am 15. Mai, in Lipezk (Gouv. Tambow) am 20. Mai und in Saki (Krim) am 1. Juni.

— Wie verlautet, wird die Frage bezüglich der Eröffnung des Instituts zur Ausbildung von Aerztinnen in der Herbstsession des Reichsraths zur Berathung gelangen. Der Etat des künftigen medicinischen Fraueninstituts ist auf 63,000 Rbl. jährlich berechnet worden. Bis jetzt stehen aber nur 42,000 Rbl., welche sich aus der versprochenen Subsidie der St. Petersburger Stadtduma (15,000 Rbl. jährlich) den Zinsen von gesammelten und geschenkten Capitalien, den versprochenen jährlichen Beiträgen von Privatpersonen zusammensetzen, zur Verfügung. Die fehlenden 20,800 Rbl. beabsichtigt man durch Spenden und das Honorar für die Vorlesungen zu decken. Die St. Petersburger Stadtverwaltung wird das Local für das Institut unentgeltlich hergeben und die städtischen Hospitäler zu den klinischen Beschäftigungen der Zuhörerinnen der Curse einräumen.

— Der jüngst verstorbene Strassburger Chirurg, Prof. A. Lücke hat der Strassburger Universität seine werthvollen chirurgischen Instrumente und ein Kapital von 10,000 Mark vermacht. Die Verfügung über die Zinsen dieses Kapitals hat er der medicinischen Facultät überlassen. (Allg. med. Centr.-Ztg.)

— In London werden 206 Krankenhäuser durch freiwillige Beiträge unterhalten. In dieser Zahl befinden sich 25 Asyle für Blinde, 7 für Taubstumme, 8 für Phthisiker, 26 für Reconvalescenten u. s. w. (Boston. med. Journal—Wr.)

— Die Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin beging am 9. und 10. Mai ihr 50-jähriges Stiftungsfest, zu welchem auch zahlreiche hervorragende Vertreter einheimischer und ausländischer Gesellschaften für Geburtshülfe und Gynäkologie erschienen waren. Unter der Zahl der ausländischen Delegirten finden wir in der «Allg. med. Centr-Ztg.» aus St. Petersburg den Präsidenten der hiesigen gynäkolog. Gesellschaft Prof. Slawjanski und Prof. Krassowski, aus Birmingham — Lawson-Tait, aus Paris — Pozzi, aus Rom — Pasquali aus Brüssel — Jacobs, aus Wien — Chrobak, aus Genf — Vulliet, von der American Association of Obstetricians — Rohé angeführt. Nach Begrüssung der eingetroffenen Gäste am Abend vorher im Pschorr, fand am 9. Mai die Festversammlung in den geschmückten Räumen des Langenbeckhauses statt, wo über der Rednerbühne das Bild Carl Mayers, des Stifters der Gesellschaft, und zu beiden Seiten die Marmorbüsten der verstorbenen Präsidenten Ed. Martin u. Carl Schroeder aufgestellt waren. An Stelle des an der Lungenentzündung erkrankten Prof. Olshausen führte Prof. Gusserow den Vorsitz. (Beide waren vor wenigen Wochen zu Ehrenpräsidenten von der Gesellschaft gewählt worden.) Zu Beginn der Sitzung wurden die neuen Ehrenmitglieder proclamirt, welche die Gesellschaft anlässlich ihres Jubiläums ernannt hat. Es sind von deutschen Gynäkologen: Bernhard Schultze (Jena) Hegar (Freiburg), Dohrn (Königsberg), v. Winkel (München), Fritsch (Bonn), Czerny (Heidelberg); von auswärtigen: Chrobak (Wien), Simpson (Edinburg) Priestley (London), Williams (London), Porro (Mailand), Pasquali (Rom), Pozzi (Paris), Slawjanski und Krassowski (St. Petersburg), Stadtfeld (Kopenhagen), Thomas, Emmet und Parwin (New-York).

Nachdem nun der Ehrenvorsitzende Prof. Gusserow in seiner Begrüssungsrede eine Uebersicht über die Fortschritte,



welche die Geburtshülfe und Gynäkologie in den letzten 50 Jahren gemacht hat, gegeben, verlas Prof. A. Martin den Bericht über die 50jährige Thätigkeit der Gesellschaft, welche am 13. Februar 1844 als Gesellschaft für Geburtshülfe von Carl Mayer und 10 anderen Aerzten gegründet wurde, von denen allein Dr. Ludwig Ruge noch am Leben ist. Neben ihr begründete der verstorbene Ed. Martin im Jahre 1873 die Gesellschaft für Gynäkologie, welche am 9. Mai 1876 sich mit der älteren geburtshülfl. Gesellschaft vereinigte und von nun an den Namen «Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie» führte, an deren Spitze der verstorbene Professor Schroeder trat. Es folgte sodann die Verlesung einer Abhandlung des durch Krankheit verhinderten Prof. Olshausen, welche die bevorstehenden Ziele der Geburtshülfe und Gynäkologie schilderte. Den Schluss der Sitzung bildeten die Ansprachen der Vertreter der Schwestergesellschaften und anderer medicinischer Vereine. Aus diesen wollen wir hier nur hervorheben, dass der Pariser Delegirte Pozzi die Freude betonte, die es ihm als Franzosen bereite, so geschätzten Männern auf dem neutralen Boden der Wissenschaft zu begegnen, worauf Gusserow in der Erwiederung ebenfalls seiner Genugthuung Ausdruck gab, dass die medicinische Wissenschaft keine Rheingrenze kenne. Als Festschrift wurde eine Geschichte der Gesellschaft, sowie ein Jubiläumsband der «Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie» vertheilt.

Zwei Arbeitssitzungen mit wissenschaftlichen Vorträgen, ein glänzendes Festmahl und eine Dampferfahrt auf den Havelseen bildeten die Nachfeier des Festes.

— Die Cholera herrscht in Russland nach dem zu Ende der vorigen Woche veröffentlichten officiellen Bulletin noch immer in 5 Gouvernements und weist sogar in einigen eine Zunahme auf. In dem Zeitraum vom 10.—23. April erkrankten im Gouv. Radom 120 Personen und starben 2, im Plozk 69 resp. 20 Personen, im Gouv. Kowno 18 resp. 10 Personen, in der Stadt Warschau 4 resp. 2 Personen. In Podolien kamen vom 11.—27. April 53 Erkrankungen und 15 Todesfälle an der Cholera vor.

In Frankreich starben im Departement Finistère in der Zeit vom 22.—27. April n. St. noch 19 Personen an der Cholera.

Die Influenza hat im deutschen Reiche so gut wie aufgehört, während aus Rom, Paris, London und New-York noch Todesfälle an derselben gemeldet werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. April d. J. 6176 (180 mehr als in der Vorwoche), darunter 274 Typhus — (17 mehr), 642 Syphilis, — (19 mehr), 73 Scharlach (7 mehr), 29 Diphtherie — (7 mehr). 129 Masern — (2 mehr), und 21 Pockenkranke — (1 weniger).

Am 7. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 6009 (167 weniger), darunter 234 Typhus — (40 weniger) 626 Syphilis — (16 weniger), 73 Scharlach (= d. Verw.), 28 Diphtherie — (1 weniger), 129 Masern — (= d. Vorw.) und 25 Pockenkranke — (4 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. April 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
359	278	637	122	71	114	16	11	18	50	68	55	38	48	21	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 34, Scharlach 9, Diphtherie 17, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 21.

Für die Woche vom 1. bis 7. Mai 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
330	234	564	102	53	104	11	5	20	53	54	48	50	36	23	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 26, Scharlach 11, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 12 Krankheiten der Verdauungscanals 45, Todtgeborene 23.

Дозв. ценз. Спб. 14 Мая 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, 21. Mai (2. Juni) 1894

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in Wolmar vom 5—7. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht übersteigen darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst schriflich bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Zum gegenwärtigen Stande der Narkotisirungsfrage.

Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Von

Dr. med. A. v. Brackel.

(Assistent des Herren Doc. Dr. med. W. Zoege v. Manteuffel.)

Meine Herren!

Wenn ich heute Ihre Aufmerksamkeit auf ein Thema lenke, das wohl ein allgemeines Interesse beanspruchen darf, zumal augenblicklich in der medicinischen Welt sehr viel darüber mündlich und schriftlich gestritten wird, so geschieht es nicht in der Absicht Ihnen neue, eigene Erfahrungen mitzutheilen. Ich will vielmehr, soweit mir die ziemlich reichhaltige Literatur zugänglich gewesen ist, Ihnen das Urtheil der zeitgenössischen Autoren über die Narkose und die dabei zu verwendenden Anaesthetica vorlegen, ohne den Anspruch zu erheben, den höchst bedeutungsvollen Stoff in genügender Vollständigkeit zu erschöpfen.

M. H.! Die Möglichkeit, die Schärfe unseres Messers schmerzlos, die eingreifendsten Operationen für unsere Patienten gefühllos zu gestalten, ist einer der grössten Erfolge unserer Wissenschaft. Und abgesehen davon, dass die Narkose in vollstem Maasse der humanen Wirksamkeit unserer Disciplin entspricht, wären ohne sie eine grosse Anzahl lebensrettender Operationen der neueren und neuesten Chirurgie auszuführen unmöglich. Zugleich jedoch mit ihrem grossen Nutzen und mit ihrer Annehmlichkeit, hat die Narkose auch Gefahren gezeigt, die keineswegs als geringfügige zu bezeichnen sind und die bis heute das Suchen nach einem ungefährlichen, allen Anforderungen entsprechenden Anaestheticum wach gehalten haben.

Von den zahlreich empfohlenen Betäubungsmitteln haben sich in der medicinischen Praxis eigentlich nur vier erfolgreich eingebürgert: für kurzdauernde Narkosen das Lachgas und das Bromaethyl, deshalb besonders bei den Zahnärzten beliebt, und für länger anhaltende Narkosen der Aether und das Chloroform. Neuerdings hat auch das Pental Anwendung gefunden, doch sind die Daten über die Wirkung desselben noch geringe, daher zu keiner Schlussfolgerung berechtigende.

Uns Aerzte interessiren hauptsächlich wohl nur der Aether und das Chloroform, und Sie gestatten, dass ich auf Application und Wirkung dieser beiden Anaesthetica etwas näher eingehe.

Das ältere dieser beiden Betäubungsmittel, der Aether, wurde bekanntlich vom Amerikaner Jackson entdeckt, vom Bostoner Zahnarzt Morton geprüft und vom Chirurgen Warren zum ersten Mal 1846 bei einer grösseren Operation mit Erfolg in Anwendung gebracht. Die Kunde der staunenswerthen Wirkung des Aethers verbreitete sich mit Windeseile auch nach Europa und noch am Schluss desselben Jahres wurde in London, Paris, Wien und Berlin die Aethernarkose eingeführt.

Indessen erwuchs dem Aether schon nach der kurzen Frist eines Jahres ein gewaltiger Concurrent in Gestalt des Chloroforms. Gestützt auf seine Thierexperimente trat Flourens am 8. März 1847 mit der Behauptung hervor, dass das Chloroform dieselbe Wirkung habe, wie der Aether, ja, noch in viel vollkommenerem Maasse die vollständige Betäubung und Schmerzaufhebung erzeuge. Am 4. November desselben Jahres konnte denn auch Simpson in Edinburgh an sich selbst und an zweien seiner Freunde die Wirkung des Chloroformes bestätigen



und an dem Material einer reichhaltigen geburtshülflichen Praxis segensreich anwenden. Mit noch grösserer Begeisterung wurde diese Entdeckung von der medicinischen Welt aufgenommen. Allerorts wurden Beobachtungen klinischer und physiologischer Art gesammelt und trotz der sich bald häufenden Chloroformtodesfälle bürgerte sich das neue Mittel in der Chirurgie und Geburtshilfe ein, gestützt auf die absolut sichere narkotische Wirkung bei denkbar einfachster Dosirung und Application, dem gegenüber der Aether nur mit mehr oder minder complicirten Apparaten verabfolgt werden konnte und bei schwankender Concentration der Dämpfe oft die vollständige Anaesthesie herbeizuführen nicht im Stande war.

An wenigen Orten nur wurde der Aethergebrauch fortgesetzt. Während Deutschland, Oesterreich, die Schweiz ausschliesslich zum Chloroform übergingen, gaben die Amerikaner und ein Theil der englischen Chirurgen dem Aether den Vorzug. In vollstem Umfange erhielt sich die Aethernarkose in Boston, der Geburtsstätte derselben; die dortigen Aerzte gingen sogar soweit, die Anwendung eines jeden anderen Narkoticums zu untersagen.

In den 70-ger Jahren machte sich wieder eine bedeutendere Strömung zu Gunsten des Aethers geltend. — In England, hauptsächlich aber in Amerika, wurde vielerorts die Aethernarkose wieder in Anwendung gebracht und im Jahre 1877 führte Julliard in Genf den Aether in seiner Klinik wieder ein. Durch die dieser Klinik entstammenden Publicationen wurde die Anwendung der Aethernarkose auch im übrigen Europa angeregt. So sind in den letzten Jahren nicht nur in der Schweiz, sondern auch in Deutschland bedeutende Stimmen zu Gunsten des Aethers laut geworden. Seit 1889 wird in der Bruns'schen Klinik zu Tübingen ausschliesslich die Aethernarkose angewandt und in allerneuester Zeit haben sich Trendelenburg und Kuester für die Wiedereinführung der Aetheranaesthesie ausgesprochen. Auch in Russland hat der Aether in Odessa seinen Einzug gehalten und ist seine Anwendung, nach der Publication von Kaefer zu urtheilen, von nur guten Erfolgen begleitet gewesen.

Es fehlt aber auch nicht an gewiegten Anhängern und Vertheidigern des Chloroforms, unter denen vor Allen Kappeler zu nennen ist. Er bezeichnet es als einen Rückschritt der Wissenschaft, wenn sie auf ein Mittel zurückgreift, das sie bereits vor mehr denn 40 Jahren aus der Hand gelegt hat und sucht an seinem reichen klinischen Material und durch zahlreiche experimentelle Versuche dem Chloroform in jeder Hinsicht den Vorzug vor dem Aether zu sichern. — Die Gefährlichkeit beider Mittel sei die gleiche, beim Aether insofern noch eine grössere, als die leichte Entzündlichkeit der Aetherdämpfe unter Umständen seine Anwendung verbiete. In der Application und der absolut sicheren narkotischen Wirkung sei jedenfalls das Chloroform dem Aether bedeutend überlegen, abgesehen davon, dass sowohl für den Arzt als auch für den Patienten die Chloroformnarkose viel mehr Annehmlichkeiten mit sich bringe. In einer vollständigen Anaesthesie sei der Chloroformverbrauch ein viel geringerer, als der Aetherverbrauch und um mit dem Aether eine gute Narkose zu erzielen, «muss man die Aetherisirung im Gegensatz zum Chloroform, das nur tropfenweise applicirt wird, forciren, rasch concentrirte Dämpfe mit fast vollständigem Luftabschluss einwirken lassen; man muss mit einem Wort, die Aetherisation mit der Asphyxie verbinden.» (Kappeler.) In diesem Sinne aufgefasst, wäre allerdings die Aethernarkose unhaltbar, doch hat Dreser durch die Untersuchungen des unter der Aethermaske vorhandenen Luftgemenges nachweisen können, dass auch bei Application concentrirtester Aetherdämpfe noch 17,6 Vol. pCt. Sauerstoff unter der Maske vorhanden wären, somit also gegenüber der athmosphärischen Luft, die mit 20,9 Vol. pCt. Sauerstoff berechnet wird, keine grosse Differenz besteht. — Dieses Resultat Dreser's spricht sehr zu Gunsten des Aether's, denn bei gewöhnlicher Applicationsmethode des Chloroforms wird schwerlich eine für den Organismus so günstige und ungefährliche Luftmischung sich finden lassen.

Deshalb ist man bestrebt gewesen durch geeignete Methoden und Apparate die Chloroformdämpfe unter der Maske mit einem genügenden Quantum athmosphärischer Luft zu mengen, um dieselben nicht zu concentrirt dem Organismus einzuverleiben. Labbé hat von diesem Gesichtspunkt aus die sog. «Tropfennarkose» empfohlen, die allerdings einige Vorzüge haben soll, bestehend im Fehlen des Excitationsstadiums, Ausbleiben der übelen Nachwehen, in sehr geringem Chloroformverbrauch — andererseits aber einen complicirten Apparat erfordert, auf dessen regelmässiges Arbeiten der Chloroformator seine ganze Aufmerksamkeit richten muss. Zudem wird die Dosirung des Chloroformes auch bei der Tropfennarkose je nach den Umständen eine verschieden starke sein; namentlich, wenn der Patient schon fest schläft, wird es schliesslich doch vom persönlichen Ermessen des Chloroformators abhängen, wieviel Chloroform er weiter aufträufeln lässt, um die Narkose zu unterhalten. Dabei kann der Kranke unter Umständen viel mehr Chloroform bekommen, als wenn die Maske nach dem einmaligen Aufträufeln eines geringen Vorrathes ruhig liegen bleibt, ohne dass weiter Chloroform hinzugethan wird.

Ein sehr complicirter Apparat ist von Junker zur Einathmung gemessener Chloroformmischungen erdacht worden. Er besteht aus einer graduirten, zur Hälfte mit Chloroform gefüllten Flasche, aus welcher durch ein angefügtes Gebläse, die mit Luft gemischten Chloroformdämpfe in ein dem Kranken vor Nase und Mund gehaltenes, dem Gesicht entsprechend geformtes Mundstück getrieben werden. — Dieser Apparat hat von Kappeler eine Vervollkommnung erfahren, durch die man in Stand gesetzt wird, je nach Bedürfniss eine ganz bestimmte procentige Chloroform-Luftmischung dem Kranken zuzuführen. Auch dieser Apparat hat technisch grossen Werth, praktisch jedoch ist seine Handhabung mit mehr oder minder grossen Unbequemlichkeiten verknüpft; wenigstens hat er bisher keine Verbreitung gefunden. Und trotz dieser Apparate, bei denen die Möglichkeit gegeben ist, die Chloroformdämpfe in grösster Verdünnung auf den Organismus einwirken zu lassen, trotz des freien Luftzutrittes, bleibt bei der Chloroformnarkose die Gefahr übeler Zufälle und des plötzlich eintretenden Chloroformtodes immer noch bestehen und wird niemals voll und ganz eliminirt werden können. So berichtet Braatz, dass ihm trotz des freien Luftzutrittes, einmal unter der gerühmten Tropfennarkose ein schwerer Chloroformunfall mit all' seinen Schrecken vorgekommen ist, dessen Abwendung grosse Mühe erforderte.

Die Giftigkeit des Chloroformes bleibt bei noch so vorsichtigem Verabreichen bestehen und wir können trotz aller Vorsichtsmaassregeln vor und bei der Narkose, trotz der zweckmässigsten Maassnahmen während des Unglückes nie davor sicher sein, dass uns ein Kranker bei der Narkose an Chloroformvergiftung stirbt.

Zweifellos liegt in der rascheren, sicheren Wirkung ein grosser Vorzug des Chloroforms vor dem Aether, doch fragt es sich, ob diese Annehmlichkeit soviel wiegen wird, wenn es sich herausstellt, dass das Chloroform für das Leben und die Gesundheit unserer Kranken mehr Gefahren mit sich bringt, als der Aether. Die definitive Entscheidung dieser Frage kann allerdings nur durch reichhaltig, langjährig gesammelte Daten einer weitgreifenden Statistik geführt werden, die uns leider noch nicht vorliegt. — Doch scheint, nach den bis jetzt der Oeffentlichkeit übergebenen Berichten, nach den in neuester Zeit publicirten Arbeiten und Untersuchungen über die

Wirkung des Chloroforms und des Aethers zu urtheilen, die Zunge der Waage sich bedeutend zu Gunsten des Aethers zu neigen.

Wohl die grösste Erfahrung in dieser Hinsicht hat der begeisterte Anhänger des Aethers, Dr. Rabatz in Wien, der seit der Entdeckung der Aetheranaesthesie bis zum Jahre 1868, also 22 Jahre hindurch, nur mit Aether gearbeitet hat und bei der grossen Zahl von mehr als 150,000 Narkosen keinen Unglücksfall, nicht einmal eine Asphyxie zu beobachten Gelegenheit hatte.

Julliard kommt nach seinen Zusammenstellungen zu dem Resultat, dass das Chloroform 4—5 mal gefährlicher als der Aether sei.

Die Narkotisirungsstatistik, die Gurlt, auf Anregung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, seit den letzten 3 Jahren zusammengestellt hat, giebt folgende Daten: auf 133,729 Chloroform-Narkosen fielen 46 Todesfälle und auf 14,646 Aethernarkosen blos 1 Todesfall, das macht also: 1 Todesfall auf 2907 Chloroformnarkosen und 14,646 Aethernarkosen. Der letztere ist übrigens auch zweifelhafter Natur und schwerlich dem Anaestheticum zur Last zu legen, da es sich um einen Patienten handelte, dem einer Maschinenverletzung wegen beide Vorderarme abgesetzt werden mussten. Patient war durch das Trauma, durch den Blutverlust und durch Alkoholgenuss sehr collabirt und starb nach 3 Stunden.

Das Londoner Bartholomäus-Hospital berichtet, dass auf 2405 Chloroformnarkosen 1 Todesfall und erst auf 3220 Aethernarkosen 1 Todesfall käme.

Die Zusammenstellung Roger Williams' für das Middlessex Hospital weist 208 Chloroformnarkosen und 1050 Aethernarkosen mit je einem Todesfall auf.

Wenn man diesen vorliegenden Zahlen die für das Chloroform günstiger sprechenden aus Amerika und Edinburgh hinzufügt, nach denen auf 16996 Chloroformnarkosen erst 1 Todesfall aufzuweisen ist, so findet man im Mittel, dass:

auf 5629 Chloroformnarkosen 1 Todesfall und erst auf 56,916 Aethernarkosen 1 Todesfall zu rechnen ist.

M. H.! Dass man angesichts so bedenklicher Mortalitätszahlen den Muth verlieren kann, das Chloroform weiter zu gebrauchen und ernstlich daran denkt, den Aether als Anaestheticum wieder in Anwendung zu bringen, ist mehr als begreiflich, zumal in heutigen Tagen die Aetherapplication nicht mehr jene Schwierigkeiten aufweist, wie vor 46 Jahren.

Bevor ich auf die Wirkungsweise des Chloroforms und des Aethers näher eingehe, glaube ich mit wenigen Worten auch der gemischten Narkosen gedenken zu müssen.

Unter gemischten Narkosen versteht man solche, wo entweder die Anaesthetica zusammen als vorher angefertigte Mischung applicirt werden, oder dieselben nach einander in Anwendung gezogen werden.

Cellarier empfahl 1853 eine Mischung von Aether und Chloroform zu gleichen Theilen. Der englische Chirurg Clover suchte 1868 das Excitationsstadium durch eine vorhergehende Anaesthesirung mit Stickstoffoxydulgas auszuschalten. Die Italiener Stefani und Vachetta schlugen 1880 eine Mischung von Chloroform, Aether und Alkohol vor. Billroth benutzt seit langer Zeit eine Mischung von 100,0 Chloroform, Aether sulf. und Alkohol absol. āā 30,0. — Diese sog. Billroth'sche Mischung wird ebenso wie das reine Chloroform mit der Esmarch'schen Maske gereicht und hat, wie die Gurlt'sche Statistik zeigt, auf 3440 Narkosen keinen Todesfall gezeitigt.

Diese gemischten Chloroform-Aether und Chloroform-Aether-Alkohol Narkosen, sind, sofern sie in gleicher Weise wie das reine Chloroform applicirt werden, wohl als reine Chloroformnarkosen anzusehen, denn bei der grossen Flüchtigkeit des Aethers und bei der Anwendung einer offenen Maske werden die Aetherdämpfe sicherlich nichts zur Anaesthesirung beitragen. Dass bei dieser Art der Narkotisirung dennoch eine geringere Gefährlichkeit vorliegt, mag wohl dem Umstande zuzuschreiben sein, dass die Chloroformdämpfe in geringerer Concentration, als es bei reinem Chloroform der Fall ist, in Wirkung treten.

Die zweite Art der gemischten Narkosen wird in der Weise gehandhabt, dass die Narkose mit Chloroform eingeleitet und nach erfolgter Anaesthesie mit Aether unterhalten wird — oder umgekehrt. Bourguignon empfahl zuerst das Chloroform und dann den Aether anzuwenden, desgleichen Kocher, während Madelung zuerst den Aether und dann das Chloroform applicirte. Auch gegen diese Formen der gemischten Narkosen lassen sich Bedenken äussern. Wird das Chloroform vor dem Aether benutzt, so sind die Gefahren des Chloroformes noch lange nicht beseitigt, namentlich die Möglichkeit einer eintretenden Synkope nicht ausgeschlossen, die bekanntlich und wie Comte es beweist, in den ersten Stadien der Narkose eintritt. Wird das Chloroform nach dem Aether in Anwendung gezogen, so ist namentlich bei langdauernden Narkosen ein nachträglich eintretender Collaps nicht ausser Acht zu lassen, zumal wenn man die schädigenden Einflüsse des Chloroformes auf das Herz und die Blutgefässe in Rücksicht zieht. Ausserdem ist auch gar kein Grund vorhanden, eine einmal eingeleitete Aetheranästhesie, die mit Leichtigkeit unterhalten werden kann, in eine Chloroformnarkose umzuwandeln! Das ungefährliche Mittel soll nicht durch das gefährlichere ersetzt werden.

(Schluss folgt).

Referate.

Gilbert Barling: Bemerkungen über die Behandlung der Peritonitis durch Drainage. (Brit. med. Journal 1894. Jan. 20.)

Es werden folgende Fälle mitgetheilt: 2 Fälle von acuter sero-purulenter Peritonitis, 5 Fälle von purulenter Peritonitis, 3 Fälle von tuberculöser Peritonitis. Von diesen 10 operativ behandelten Kranken starben vier. Die Operation bestand in Incision mit nachfolgender Drainage, in einigen Fällen wurde das Abdomen ausgespült. Verfasser ist der Meinung, dass diese Behandlungsart zu selten ausgeführt wird.

W. Beckmann.

Greig Smith: Ueber sogenanntes Verschwinden solider Abdominaltumoren. (Brit. med. Journ. 1894, pag. 190).

Verf. berichtet über 3 Fälle, bei denen Abdominaltumoren constatirt wurden ohne Fieber. Die Laparotomie stellte die Malignität der Tumoren fest, trotzdem verschwanden dieselben später vollständig, die Kranken genasen. Im ersten Fall handelte es sich um einen 25jährigen Mann, der an schwerer Verstopfung litt. Letztere war hervorgerufen durch einen Cocusnussgrossen Tumor im Hypogastrium. Da der Tumor bei der Operation als maligner Natur angesprochen wurde und mit den Därmen verwachsen war, liess man ihn an seiner Stelle und führte nur die Enterostomie aus wegen der Verstopfung. Der Tumor verkleinerte sich langsam. Als die Bauchhöhle nach 6 Monaten behufs Vornahme der Enterorhaphie geöffnet wurde, war von Tumor nichts mehr vorhanden. Seitdem sind 4½ Jahre verflossen und Pat. vollständig gesund. — Im 2. Fall fand sich ein Tumor in der Umbilicalregion einer 55jährigen Dame, daselbst adhärirend. Bei der Operation fand man an einer Seite des kindskopfgrossen Tumors zahlreiche Darmadhäsionen. Da der Tumor als maligner Natur angesehen wurde, unterblieb ein Versuch ihn zu entfernen. Der Tumor verschwand. Im 3. Fall konnte bei einem 19jährigen Mädchen ein Tumor von der Grösse eines im 8-Monat schwangeren Uterus in der oberen und rechten Hälfte des Abdomen constatirt werden. Die Laparotomie ergab die Unmöglichkeit den Tumor zu entfernen. Auch in diesem Fall wurde er als malign angesehn. Es kam zur Bildung einer Kothfistel. Der Tumor verschwand allmählich, die Fistel wurde operativ geschlossen, Pat. genas.

In der obigem Vortrage folgenden Discussion in der Royal Medical and Chirurgical Society sprach sich Power dahin aus, dass es sich in den mitgetheilten Fällen wahrscheinlich um Tumoren entzündlicher Natur gehandelt habe, die in Beziehung zum Meckel'schen Divertikel standen. Alban Doran verlangte in ähnlichen zweifelhaften Fällen vor der Operation eine längere Beobachtungszeit. -- Er selbst hat 2 mal Ovarialcysten diagnosticirt, wo es sich um Exsudatmassen mit adhärentem Darme handelte. Sutton glaubt auch nicht an die Möglichkeit des Verschwindens carcinomatöser oder myomatöser Geschwülste. Wo man vom Verschwinden von Myomen im nicht klimacterischen Alter liest, hat es sich offenbar um Geschwülste entzündlicher Natur gehandelt. Für einen Fehler in der Diagnose bei den 3 mitgetheilten Fällen sprachen sich noch mehrere Andere aus. Im Schlusswort gab Smith die Möglichkeit eines Irrthums nicht zu. Im zweiten Falle z. B. handelte es sich um einen durchweg soliden Tumor der auf dem Durchschnitt eine harte weisse glänzende Oberfläche aufwies. Die Fälle unterscheiden sich durchaus von der gewöhnlichen Cellulitis, ebenso konnte Actinomycose ausgeschlossen werden. W. Beckmann.

Ramm: Castration gegen Prostatahypertrophie. (Verh. d. norweg. med. Gesell. in Christiania 1893. S. 99.)

Von der Voraussetzung ausgehend, die er experimentell stützen konnte, dass die Prostata in ähnlichem Verhältniss zu den männlichen Genitalorganen stehe wie der Uterus zu den weiblichen und desshalb nach Entfernung der Hoden schrumpfen müsse, führte Ramm in einigen Fällen von Prostatahypertrophie die Castration mit vorzüglichem Heilerfolge aus. Patienten, die schon seit Jahren nur mit Hilfe des Catheters uriniren konnten, vermochten schon am nächsten Tage selbstständig Harn zu lassen und machten später noch bedeutende Fortschritte. Auch der stinkende trübe Urin erhielt allmählich seine normale Beschaffenheit wieder.

Buch (Willmannstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. v. Noorden: Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel des gesunden und kranken Menschen. Heft II. Verlag von Hirschwald. Berlin 1894.

Unter der Leitung v. Noordens ist gleichsam als Fortsetzung seines ersten Werkes («Pathologie des Stoffwechsels») eine Reihe von Arbeiten von mehreren seiner Schüler verfasst erschienen.

B. Kayser: «Beziehungen von Fett und Kohlehydraten zum Eiweissumsatz des Menschen» hatte sich zur Aufgabe gestellt durch einen Selbstversuch Verhältnisse festzustellen, welche bisher nur durch Thierexperimente bekannt waren. Es fragte sich, ob Fette oder Kohlehydrate bessere Eiweisssparer sind. Bei Anordnung entsprechender Diät (Fleischmastperiode) stieg der Eiweissverbrauch bedeutend; es geht daraus hervor, dass das Fett weit weniger geeignet ist, den Eiweissbestand des Körpers zu erhalten, als isodyname Mengen von Kohlehydraten. C. Dapper untersuchte die «Harnsäureausscheidung beim gesunden Menschen unter verschiedenen Ernährungsverhältnissen» und kam zu dem Resultat, dass die absolute Harnsäureausscheidung beim gesunden Individuum ungemein verschieden ist und das Verhältniss zwischen Harnsäure und N. ein schwankendes ist. Unter dem Einfluss der Wirkung des Piperazins ist eine mässige Steigerung der Harnsäureelimination zu bemerken. Derselbe Autor untersuchte den «Stoffwechsel bei Entfettungscuren» und fand, dass bei Entfettungscuren starker Fettverlust bei Schonung des Eiweissbestandes erreichbar ist, ein und dasselbe Entfettungsregime aber bei verschiedenen Individuen ungleiche Wirkung auf den N-Haushalt ausübt. Das Capitel: «Alimentäre Glycosurie in Krankheiten und puerperale Lactosurie» ist von G. Zülzer bearbeitet. Dem puerperalen Organismus ist eine herabgesetzte Verbrennungsfähigkeit des Milchzuckers eigen; selbst geringe Mengen Milchzucker, welche aus der Brustdrüse absorbirt werden, führen zur Lactosämie und Lactosurie, ebenso wie die Darreichung von Milchzucker per os bei Wöchnerinnen. Interessante Daten giebt B. Krug: «Fleischmast beim Menschen». Die Fleischmast d. h. der Eiweissansatz, welcher zur Gewebeneubildung führt, vollzieht sich 1) beim wachsenden Körper. 2) beim schwangeren und säugenden Organismus, 3) beim an erhöhte Arbeit sich gewöhnenden Körper, 4) in jedem Körper, welcher durch Hunger und Unterernährung oder Krankheit an seinem Fleischbestande Einbusse erlitten. Eiweisskörper werden, wie Glycogen oder Fett, als «Reservenährstoff» in den Zellen aufgespeichert. In der Abhandlung: «Ueber Gicht» von L. Vogel wird festgestellt, dass bei der Gicht die Fettausscheidung eine niedrige, die N-Ausscheidung dagegen im Koth eine ansehnliche ist. Die Harnsäureausscheidung bewegt sich bei zwei Versuchen in normalen Grenzen, nimmt unter dem Einfluss der Piperazinbehandlung (Vers. 2) zu, in dem dritten Falle findet sich eine continuirliche Steigerung der Harnsäureabscheidung bis zu recht hohen Werthen. Th. Schrader: «Untersuchung über den Stoffwechsel während der Menstruation» weist nach, dass in dieser Periode die Eiweisszersetzung beschränkt ist und spricht die Vermuthung aus, dass die Höhe des im Koth und Harn vermissten Stickstoffgehaltes im Verhältniss steht zu der durch das Menstrualblut abgeschiedenen Stickstoffmenge, resp. mit derselben übereinstimmt.

Zum Schluss führt W. Spirig einen «Versuch über die Ausnutzung der Nahrung bei Leucaemie» an, aus dem hervorgeht, dass in diesem Fall die Ausnutzung der N-Substanz und des Fettes sich ungünstiger gestaltete, als beim gesunden Menschen.

F. Friedrichsen: «Ueber die Mischung der N-Substanzen im Harn bei Krankheiten» giebt in einer Tabelle die Ergebnisse seiner Analysen pathologischer Harne. Lingen.

Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie, nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre, der Nase und des Nasenrachenraums, herausgegeben von Dr. Joh. Schnitzler unter Mitwirkung von Dr. M. Hajek und Dr. A. Schnitzler. II. Lieferung (mit 15 Abbildungen in 4 chromolithograph. Tafeln) Wien 1891. III., IV. und V. Lieferung (mit 75 Abbildungen in 12 chromolithogr. Tafeln). Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler. 1893.

Es sind das die weitern Fortsetzungen des schönen Werkes, dessen Heft I wir seiner Zeit in unserer Wochenschrift (1891 № 25) besprochen haben. Inhaltlich finden wir in diesen 2 Heften den acuten und chronischen Larynxcatarrh, die Perichondritis laryngea, die Tuberculose nnd Syphilis des Larynx. Damit ist die grössere Hälfte zum Abschluss gebracht. Es bleiben nur noch ein paar Lieferungen übrig. Leider ist der Verf. in vorigem Jahre gestorben, doch wollen wir nicht hoffen, dass das so schön angefangene Werk hierbei abbricht und der Atlas als eine Ruine nachbleibt. Es werden auch die Mitarbeiter ein Verdienst um die Wissenschaft und zugleich ein sie ehrendes Andenken an ihren zu früh dahingegangenen Lehrer schaffen, wenn sie das begonnene Unternehmen im Sinne ihrers Lehrers und Meisters zu Ende führen.

J. F. Neumann.

A. Onodi: Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen. Wien, A. Hölder. 1893.

Ein ausgezeichnetes anatomisches Werkchen, das aus 12 nach Photographien von Präparaten hergestellten Tafeln nebst erläuterndem Text besteht. Letzterer ist ganz kurz gefasst und enthält nur das unumgänglich Nothwendige. Die Abbildungen zeigen die Nasenhöhle und die benachbarten Knochenhöhlen auf Durchschnitten, die in verschiedenster Richtung angelegt sind, sodass die topographischen Verhältnisse sich genau übersehen und reconstruiren lassen. Dem Chirurgen wird das Werk von ebenso grossem Nutzen sein wie dem Specialisten. — Auf pag. 10, Zeile 10 von oben muss es statt «Nasenschleimhaut» — «Nasenscheidewand» heissen. — Die Bilder sind sehr gut gemacht, der Druck so schön deutlich wie bei den andern Publicationen der Hölder'schen Verlagshandlung.

Wanach.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

567. Sitzung am 1. Februar 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz.

1. Herr Krug stellt einen Pat. mit tabischer Knochen- und Gelenkaffection vor.

Patient H. 47 a. n. hat sich vor 27 Jahren luetisch inficirt; die Folgen sind an der eingefallenen Nase zu sehen. Sein Gesundheitszustand war stets ein befriedigender, irgend nennenswerthe Krankheiten hat er nicht durchgemacht. Seit 12 Jahren hat er an rheumatischen Schmerzen in den verschiedensten Körpergebieten gelitten, die aber nie irgend welche beträchtliche Beschwerden machten, meist durch Hausmittel erfolgreich bekämpft wurden; auch die bisweilen zu Rathe gezogenen Aerzte fassten dieselben als rheumatische auf. Ab und zu hatte Patient leichte Attaquen von Harnretention. Er war ein vorzüglicher Fussgänger und war es ihm ein Leichtes Fusstouren von 40 und 50 Werst zu vollführen, was er noch im vergangenen Sommer mehrmals gethan hatte. Am 5. December 1893 bemerkte seine Frau — nicht er selbst — dass er

hinke und daraufhin erst überzeugte er sich persönlich davon. Er hatte keinerlei Schmerzen, legte sich aber nichts destoweniger zu Bett, auch wieder ohne die geringsten Schmerzen zu verspüren, und als er 4 Tage später das Bett verliess, befand er sich in dem auch jetzt noch unveränderten Zustande. Später befragt, gab er an, dass er einmal, während des Umdrehens einen Krach verspürt, ohne diesem Umstande aber, wegen der absoluten Abwesenheit von Schmerzen, oder auch nur schmerzhaften Sensationen irgend welche Bedeutung beizulegen.

Patient hinkt beim Gehen stark auf dem linken Fuss, ist aber im Stande, mit einem Stock versehen, zu gehen, auch Treppen zu steigen etc., beim Flectiren des Beines in sitzender Stellung muss er mit der Hand nachhelfen.

Im Stehen constatirt man beträchtliche Verkürzung der linken unteren Extremität. Der obere Theil derselben entsprechend der Hüfte ist beträchtlich geschwellt, unterhalb des Poupart'schen Bandes fühlt man eine harte, wenig bewegliche Resistenz von knochenharter Beschaffenheit, unter ihr eine durch die ganze Dicke des Oberschenkels reichende Fluctuation. An der hinteren Peripherie fühlt man wiederum eine bewegliche spitz zulaufende Resistenz, die allen Bewegungen des Oberschenkels folgt. Keinerlei Schmerzen weder spontan noch bei Bewegungen.

Objectiv lässt sich ferner constatiren: vollständiges Fehlen der Patellarreflexe. Myosis spinalis beiderseits, beträchtliche Herabsetzung bis Fehlen der Schmerz- und Temperaturempfindung, in höherem Grade links, bei vollständig normal erhaltener Tastempfindung. Harnretention geringen Grades, leichte Ataxie in den Beinen.

Die Diagnose wurde auf Tabes mit tabischer Luxation und Fractur des Femur gestellt.

Vortragender fasst den Knochenvorsprung unter dem Poupart'schen Bande als luxirten Femurkopf auf, während sich hinten auf der Darmbeinschaufel das Ende des fracturirten Femurhalses durchfühlen lässt. Es handelt sich um eine Knochenfractur, hervorgerufen durch trophische Störungen, die der Knochen erlitten hat. Die Corticalsubstanz des Knochens war offenbar bis auf geringe Reste geschwunden. Die unbedeutende Bewegung der Umdrehung im Bett war die Veranlassung der Fractur.

Herr Anders ist der Meinung, dass es sich im vorgestellten Falle nur um eine Fractur handele. Eine Luxation liegt nicht vor. Der Trochanter ist in toto abgerückt auf die Fossa iliaca und täuscht eine luxatio iliaca vor, der Femurkopf ist aber thatsächlich in der Pfanne. Die Fractur verläuft schräg durch den Femurhals und hat ein Stück der inneren Peripherie des Knochens mit abgetrennt, dasselbe stemmt sich nach vorn. Herr Anders hat vor Jahren im Marienhospital eine Spontanfractur beobachtet, die ein Mann beim Gehen durch's Zimmer erlitt. Die Ursache der Fractur war in diesem Falle ein Gumma in der Mitte des Femur.

Herr Krug. Differentialdiagnostisch spricht die absolute Schmerzlosigkeit im vorgestellten Fall für eine tabische Affection.

Herr Tiling. Jedenfalls handelt es sich hier um Tabes. Interessant ist die Bildung einer colossalen Gelenkhöhle. Man fühlt deutliche Fluctuation vom Adductor an bis zum Trochanter major. Auch das Acetabulum ist atrophirt. Eine Luxation liegt nicht vor, nur eine intraarticuläre Fractur. Der Rand des fracturirten Collum ist vorn zu fühlen.

Herr Anders. Dem prominirenden Knochen in der Inguinalgegend dürfte der Trochanter minor angehören, der durch Muskelzug des musc. ileopsoas nach oben gezogen ist.

Herr Tiling. Wenn der Trochanter minor dem vorn durchfühlbaren Knochenfragment angehört, so würde es sich um eine extracapsuläre Fractur handeln oder die Fractur müsste sehr schräg verlaufen, um noch innerhalb des Gelenks zu bleiben. Die vorhandene Fluctuation kann nur durch eine intracapsuläre Fractur erklärt werden.

Herr Moritz. Die Möglichkeit eines Extravasates, das mit der Gelenkhöhle communicirt und sich abgegrenzt hat ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Alte indolente schwappende Extravasate kommen immerhin zur Beobachtung.

Herr Dombrowski. Mehrere Momente sprechen für eine extracapsuläre Fractur. Erstens ist das Fragment für eine intracapsuläre Fractur zu gross, ferner könnte dasselbe selbst bei einer intracapsulären Fractur nicht so hoch hinaufgezogen werden. Die Fractur verläuft jedenfalls schräg, was bei extracapsulären Fracturen häufig ist. Am Kopf kommen meist Querfracturen vor.

Herr Krug. Die ursprüngliche Diagnose einer Luxation muss fallen gelassen werden. Das Extravasat braucht kein Blutextravasat zu sein. Kapselverletzungen bei Tabes können zum Aussickern von Synovia in das umgebende Gewebe führen. Es sind Fälle bekannt, wo es auf diese Weise zu elephantiasisähnlichen Schwellungen der Extremitäten kam.

2. Herr Mobitz berichtet im Anschluss an den vorgestellten Fall über einen im Obuchowhospital beobachteten Fall von Arthritis tabica. Patientin, eine Frau in mittleren Jahren, hatte deutliche Symptome von Tabes. Das linke Kniegelenk war stark deformirt und bot der Arthritis deformans ähnliche Erscheinungen dar. Ausser der colossalen Auftreibung war eine auffallende seitliche Beweglichkeit im Gelenk vorhanden. Nach aussen konnte der Unterschenkel im Kniegelenk stark umgebogen werden. Bei Bewegung waren keinerlei Schmerzen vorhanden. Die colossal ausgedehnte Gelenkhöhle war, wie die Probepunction zeigte, mit dünner Synovia angefüllt.

Weniger stark ausgesprochene Veränderungen fanden sich am rechten Hüftgelenk. Etwa einmal wöchentlich traten Schmerzanfälle in den Gelenken auf in der Art von Krisen. Die Schmerzen waren so stark, dass Pat. laut schrie; sie dauerten manchmal 24 Stunden und konnten nur durch Morphiuminjectionen gelindert werden. Nach solchen Schmerzanfällen pflegten die Gelenke anzuschwellen. Die Schwellungen vergingen aber bald und die Pat. konnte wieder auf Krücken umhergehen. Die Behandlung war völlig erfolglos.

3. Herr Moritz berichtet über 2 Fälle von Fractur der processus spinosi der Wirbel durch Muskelaction. Der erste Fall wurde vor 20 Jahren im Obuchowhospital beobachtet. Der Pat. hatte einen schweren Sack aufgehoben, wobei er einen plötzlichen Schmerz verspürte. Neben hohem Fieber und heftigem Rückenschmerz konnte bei der objectiven Untersuchung in der Lumbalgegend Druckempfindlichkeit constatirt werden. Der Tod trat bald ein. Der Symptomencomplex wurde als entzündlicher Natur aufgefasst. Bei der Section fand sich in der Tiefe der Lumbalgegend ein Eiterherd, in demselben ein abgebrochener processus spinosus eines Lumbalwirbels. Im zweiten unlängst beobachteten Fall bekam ein Arbeiter beim Werfen einer grösseren Ladung Schnee mit der Schaufel ganz plötzlich einen Schmerz im Nacken. Beim Ruhighalten des Kopfes schwand der Schmerz, um bei Bewegung, besonders beim Beugen des Kopfes nach vorn, wieder aufzutreten. Bei der Untersuchung wurde constatirt, dass der pr. spinos. des VI. Halswirbels deutliche Crepitation gab, wovon sich mehrere Collegen im Alexanderhospital überzeugen konnten. Nach mehrwöchentlicher Ruhe trat Genesung ein. Offenbar war in beiden Fällen durch Muskelzug der recht starke proc. spin. abgebrochen.

Herr Hagentorn führt an, dass er sich beim Hineindrücken einer etwas zu grossen Patrone in den Flintenlauf eine Fractur seines Daumens zugezogen habe.

Herr Moritz. Spontanfracturen kommen verhältnissmässig häufig vor bei mit grosser Kraft geführten Schlägen, die ihr Ziel verfehlen.

Herr Dombrowski. Fracturen durch Muskelzug sind gar nicht selten. Ein junger 17-jähriger Mensch erlitt eine solche beim Kegelschieben. Unter heftigem Schmerz kam es zu einer Schwellung der Schulter und des Oberarmes. Der Bluterguss wurde nicht resorbirt, sondern vereiterte. Es mussten mehrere Incisionen gemacht werden, dabei wurde der durch Zug des Musc. biceps abgebrochene processus coracoideus extrahirt. Derselbe war an der Epiphysenlinie abgebrochen.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Am 2. Juni a. c. vollenden sich 30 Jahre, seit Dr. Woldemar Kernig (St. Petersburg) und am 3. Juni ebenfalls 30 Jahre, seit Dr. Johannes Assmuth (St. Petersburg) zu Doctoren der Medicin an der Dorpater Universität promovirt wurden.

— Zum Nachfolger des Professors R. Thoma auf dem Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist nunmehr der Privatdocent der militär-medicinischen Academie und Prosector am hiesigen Nikolai-Militärhospital, Dr. Wjatscheslaw A. Afanassjew, ernannt worden.

— Wie verlautet, ist für den durch das Hinscheiden des Dr. Sperk erledigten Posten des Directors des hiesigen Instituts für Experimental-Medicin der Warschauer Professor der pathologischen Anatomie, Dr. S. M. Lukjanow, welcher bekanntlich Präsident des letzten Congresses russischer Aerzte war, in Aussicht genommen.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Arzt beim Twerschen geistlichen Seminar, wirkl. Staatsrath Dr. v. Landesen.

— Ernannt: Der jüngere Arzt an dem St. Petersburger Posthospital, wirkl. Staatsrath Dr. Mitrofanow — zum Oberarzt dieses Hospitals; die Divisionsärzte, wirkl. Staatsräthe Achmatski und Midow, sowie die Staatsräthe Wjeschtschizki und Semiganow — zu Corpsärzten des 1. resp. 8., 7. und 14. Armeecorps; der Canzelleidirector der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolajew — zum Abtheilungschef derselben Verwaltung.



— Dem Militär-Medicinalinspector des turkestanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Ssuworow, ist die Annahme und das Tragen des ihm verliehenen bucharischen Ordens des goldnen Sterns I. Classe Allerhöchst gestattet worden.

— Verstorben: 1) der Oberarzt des Militärlazareths in Schostka (Gouv. Tschernigow) Nikolai Chodakow im 43. Lebensjahre. 2) Am 7. Mai in Moskau der Ordinator des 2. Stadthospitals und Arzt am Conservatorium, Dr. Peter Ssobkewitsch, im Alter von nahezu 50 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1867 prakticirte, beschäftigte sich speciell mit Kehlkopf-, Ohren- und Nasenkrankheiten. 3) und 4) Die in der Reserve der Militär Medicinalbeamten stehenden Aerzte Jeremias Eliasberg in Minsk und Victor Labunski im Kalugaschen Gouvernement.

— Am 15. Mai n. St. beging der bekannte Physiologe, Prof. Dr. Herm. Munk sein 25-jähriges Professorjubiläum. Der Jubilar hat sich durch seine bahnbrechenden Arbeiten auf dem Gebiet der experimentellen Physiologie und Pathologie einen Namen gemacht. Seine Arbeiten betreffen vorwiegend die Grosshirnrinde.

— Der von dem Senckenbergschen Institut in Frankfurt a./M. alle 4 Jahre für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Kinderheilkunde zu verleihende Stiebel-Preis ist diesmal dem Privatdocenten der Universität Würzburg, Dr. A. Hoffa, zuerkannt worden. (A. m. C.-Ztg.).

— Der Professor der militär-medicinischen Academie, Dr. N. P. Iwanowski, ist von der Redaction der hiesigen med. Wochenschrift «Russkaja Medicina» zurückgetreten und wird dieselbe jetzt von den bisherigen Mitredacteuren und Herausgebern Privatdocent Dr. Kossorotow und Dr. Fomin allein redigirt.

— Mag. pharm. Alex. Jürgens hat die Redaction der hierselbst erscheinenden «Pharmaceutischen Zeitschrift für Russland» niedergelegt und ist an seine Stelle Mag. pharm. Carl Kresling, Assistent am hiesigen Institut für Experimentalmedicin, getreten.

— Dem hiesigen Arzt N. J. Grigorjew ist die Concession zur Herausgabe einer Monatsschrift unter dem Titel «Вѣстникъ трезвости» (Nüchternheits-Bote) ertheilt worden.

— Um das Andenken des kürzlich verstorbenen ersten Directors des Kais. Instituts für Experimentalmedicin, Dr. E. Sperk, zu ehren, gedenkt das ärztliche Personal des Instituts um die Genehmigung einzukommen, in einem der Säle des Instituts, das Porträt oder die Büste des Verstorbenen aufzustellen. Ausserdem soll eine Biographie Dr. Sperk's mit dessen Porträt in dem vom Institut herausgegebenen «Archiv der biologischen Wissenschaften» veröffentlicht werden. (Herold.)

— In der vorigen Woche fand in Moskau die Einweihung des auf Initiative des verst. Stadthauptes Alexejew von privaten Spenden errichteten neuen grossen städtischen Irrenhauses statt. Die Spenden betrugen bis zur Eröffnung 1,334,345 Rbl. in baarem Gelde und ca. 10,000 Rbl. in Baumaterialien. Ausserdem schenkte Frau A. W. Alexejewa ein grosses Haus zur zeitweiligen Unterbringung von Geisteskranken und verausgabte für die Einrichtung des Hauses noch 18,000 Rbl. Grössere Spenden für das neue Irrenhaus machten ausser der Frau A. Alexejewa (300,000 Rbl.) selbst noch J. Jermakow (300,000 R.) und J. D. und A. W. Bojew (200,000 Rbl.); ferner E. A. Kuhn (143,000 R.), T. S. Morosow (100,000 R.) u. s. w. (Mosk. Dtsch. Ztg.)

— Die Verwaltung des nächsten (VI.) Congresses russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow hat in ihrer Geschäftssitzung unter dem Vorsitz Prof. Erisman's in Moskau beschlossen, den VI. Congress in Kiew im Jahre 1896 in der Zeit vom 21.—28. April abzuhalten.

— Der reiche A. W. Kokorew hat für die fliegenden Abtheilungen der Augenärzte 5000 Rbl. gespendet.

— Für das Pirogow-Denkmal, welches vor der chirurgischen Klinik auf dem Jungfernfelde errichtet werden soll, sind an Beiträgen bis jetzt ca. 12,000 Rbl. eingeflossen. Die gesammelte Summe reicht nur für die Fertigstellung des Denkmals selbst hin; zur Deckung der Ausgaben für die Aufstellung des Denkmals, für das Gitter etc. werden weitere Spenden erbeten. Das mit der Errichtung des Denkmals betraute Comité ist nach den «R. W.» bereits an zuständiger Stelle um Genehmigung des von Prof. Sherwood angefertigten Denkmal-Entwurfs eingekommen.

— Die russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft hielt am 11. Mai ihre Jahresversammlung ab. Nach dem in derselben verlesenen Rechenschaftsberichte für das verflossene Jahr zählt der Verein 101 Mitglieder. Die Einnahmen betrugen 6745 Rbl. und die Ausgaben 6740 Rbl. Das Capital der Gesellschaft beziffert sich auf 88,000 Rbl.

— Wie einige Tagesblätter berichten, ist unter den Verwandten, Freunden und ehemaligen Patienten des kürzlich verstorbenen Professors Dr. Nilus Ssokolow der Gedanke angeregt worden, durch Subscription eine Summe zur Stiftung einer Prämie auf den Namen des Verstorbenen bei der Gesellschaft russischer Aerzte oder eines Stipendiums bei der militär-medicinischen Academie aufzubringen.

— Bezüglich der im Juni vorigen Jahres in Shelesnowodsk nach dem Genuss von Kumys vorgekommenen Erkrankungen (glücklicherweise ohne Todesfälle) von ca. 90 Personen, die sämmtlich aus dem Kiosk des Tataren Mustafa den Kumys genossen hatten, ist durch die chemische Untersuchung festgestellt worden, dass der Kumys in Folge von Unsauberkeit bei der Herstellung verdorben war. Auf das Gutachten der Experten hin, dass in Folge der Unsauberkeit sich Ptomaine im Kumys entwickelt haben und dadurch die Massenvergiftung der Patienten verursacht worden sei, wurde Mustafa zu anderthalb Monaten Arrest und Zahlung der Gerichtskosten vom Bezirksgericht verurtheilt.

— Nach der Mittheilung des Dr. Bowin in der letzten № des «Wratsch» besass die von J. A. Tschistowitsch gegründete medicinische Unterstützungscasse zum 1. Januar 1894 ein Kapital im Betrage von 354,265 R. 75½ K. Ausserdem verwaltet die Casse: das Capital auf den Namen J. A. Tschistowitsch im Betrage von 134 Rbl. 41 Kop., den sogen. «Manassein'schen Rubel» im Betrage von 5550 Rbl. 11 Kop. und das Kapital der weiblichen Aerzte von 825 Rbl. Im Jahre 1893 wurde an Pensionen und einmaligen Unterstützungen aus der Hauptcasse 14,373 Rbl. 24 Kop., aus dem «Manass.-Rubel» 2085 R. und aus dem Tschistowitschen Kapital 160 Rbl. verausgabt. Die am 7. Mai 1894 stattgehabte Generalversammlung der Mitglieder der Hauptcasse hat für das laufende Jahr Pensionen an 9 Personen (von je 100—400 R.) im Gesammtbetrage von 2300 Rbl. und einmalige Unterstützungen (meist zu 50 Rbl.) an 6 Wittwen im Gesammtbetrage von 265 Rbl. bewilligt.

— Die Cholera herrscht in Russland nach den bis zum 14. Mai beim Medicinaldepartement eingelaufenen Daten noch in 6 Gouvernements. Es erkrankten und starben in dem Zeitraum vom 24.—30. April im Gouv. Plozk 26 resp. 19 Pers.; in der Stadt Warschau 4 resp. 2 Pers.; vom 17. April bis 7. Mai im Gouv. Warschau 60 resp. 25 Pers.; vom 24. April—7. Mai im Gouv. Radom 25 resp. 20 Pers. und im Gouv. Kowno 5 resp. 4 Pers.; im Gouvern. Petrikau vom 1.—7. Mai 5 resp. 4 Pers.; in Podolien vom 27. April bis 4. Mai 9 resp. 4 Personen. Es wurden somit aus diesen 6 Gouvernements in der letzten Zeit insgesammt 134 Neuerkrankungen und 78 Todesfälle an der Cholera gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Mai d. J. 6051 (42 mehr als in der Vorwoche), darunter 237 Typhus — (3 mehr), 650 Syphilis — (24 mehr), 72 Scharlach (1 weniger), 28 Diphtherie — (= Vorw.). 126 Masern — (3 wen.), und 24 Pockenkranke — (1 weniger).

Vacanzen.

Landschaftsarztstelle im Kreise Powjenez (Gouv. Olonez). Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Wohnsitz in der Stadt. Adresse: «Повѣнецкая Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. Mai 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
298	249	547	101	56	119	13	7	13	40	42	51	33	41	23	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 26, Scharlach 17, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 22 Krankheiten der Verdauungscanals 61, Todtgeborene 31.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Соляновa пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Frau A. Wiander, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Дозв. ценз. Спб. 21 Мая 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das **Jahr**, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, 28. Mai (9. Juni) **1894**

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in Wolmar vom 5—7. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht übersteigen darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst schriftlich bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Zum gegenwärtigen Stande der Narkotisirungsfrage.

Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat

Von

Dr. med. A. v. Brackel.

(Assistent des Herren Doc. Dr. med. W. Zoege v. Manteuffel.)

(Schluss).

M. H.! Was nun die Wirkungsweise des Chloroforms anlangt, so hebt es nach vorausgehender Erregung die Leistung des Centralnervensystemes vom Grosshirn bis zum verlängerten Mark und Rückenmark — meist nach einander — auf. Mitunter aber bindet es sich nicht an diese schematische Reihenfolge, sondern es trifft seine Hauptwirkung mitunter zuerst ein Centrum, das sonst der Regel nach erst später an die Reihe kommt. Hierzu treten oft noch jene unheilvollen Reflexwirkungen, die blitzschnell Circulation oder Athmung oder beide zusammen vernichten können. Der vorzeitige Herzstillstand — Synkope — ist wohl die bedeutendste Gefahr der Chloroformnarkose. — Plötzlich, ohne jede Vorboten, setzt der Puls vor dem Aufhören der Athmung aus, das Herz stellt seine Thätigkeit ein, verharrt zumeist in systolischer Contractionsstellung. Nach Holmgreen, Dogiel, Kretschmer soll dieser plötzliche Herzstillstand im ersten Stadium der Narkose durch den Reflex zu Stande kommen, welcher von den Ausbreitungen des Trigeminus in der Nasen- und Rachenschleimhaut auf den Vagus übertragen wird.

Das Chloroform ist in erster Linie ein Herzgift, das lehren die Versuche von Bert und Schiff. Durch den vergiftenden Einfluss auf die Herzganglien, wird die muskulomotorische Kraft des Herzens, mit ihr auch der Blutdruck herabgesetzt. Der Blutstrom wird langsamer, der Stoffwechsel wird vermindert, die Körpertemperatur sinkt. Dieses Sinken des Blutdruckes ist nicht allein Folge der verminderten Herzkraft, sondern wird, namentlich wie die Versuche Scheinesson's gezeigt haben, noch dadurch verschlimmert, dass das vasomotorische Centrum gelähmt wird.

Der Aether hingegen schädigt in toxischen Dosen zuerst das Respirationscentrum und stellt dieses beim Aethertode vor dem Herzstillstand seine Thätigkeit ein. Ferner setzt der Aether den Tonus der Gefässe nicht herab, steigert ihn vielmehr, wodurch eine Blutdruck erhöhende Wirkung ausgelöst wird. — Diese von vielen Autoren (Schiff, Strassmann, Bert, Dumont, Fueter u. A.) beobachteten Facta, denen auch der grösste und bedeutendste Gegner des Aethers, Kappeler, nach dem Ergebniss seiner Untersuchungen, beistimmt, machen den Aether viel ungefährlicher, als das Chloroform, namentlich bei langdauernden Narkosen und haben insofern eine grosse Bedeutung, als die Aussichten für ein erfolgreiches Eingreifen bei Respirationsstörungen viel günstiger sind, als bei primärer Herzparalyse.

In zweiter Linie ist das Chloroform ein Blutgift (Schmiedeberg). Es verbindet sich chemisch mit dem Haemoglobin und bildet das sog. Chloroformhaemoglobin, das seinerseits die Auflösung einer grossen Anzahl rother Blutkörperchen bedingt.

Es ist naheliegend, dass mit der Circulationsstörung und mit der Blutveränderung auch eine Schädigung der lebenswichtigen Organe des Organismus sich einstellen muss. Und thatsächlich haben sich nach Chloroformanwendung pathologisch-anatomische Veränderungen im Herzen selbst, namentlich aber in der Leber und den



Nieren nachweisen lassen. So giebt Strassmann in seiner Arbeit: — «über tödtliche Nachwirkung des Chloroformes» — an, dass es schon in einigen Stunden nach seiner Anwendung eine fettige Degeneration des Herzmuskels hervorzurufen im Stande ist. Die gleichen Veränderungen in der Leber und Niere sind von Nothnagel, Bastanielli, Bouchard, Laborde, Thiem, Fischer u. A. gefunden worden. Diese pathologischen Befunde stimmen mit dem klinischen Bilde der Chloroformnachwehen, mit ihrer oft eintretenden Albuminurie und dem sich kennzeichnenden Ikterus, vollkommen überein. — In dieser Hinsicht sind die Beobachtungen von Luther und Rindskopf von grossem Interesse. Beide Forscher constatirten, dass je länger eine Chloroformnarkose gedauert hatte, sich auch um so mehr Eiweiss und Cylinder im Harn der Patienten nachweisen liessen; dass in Fällen, wo vor der Narkose Albuminurie bestand, dieselbe nach der Narkose in bedeutend verstärktem Grade auftrat, endlich, dass Albuminurie und Cylindrurie den subjectiven Erscheinungen der Chloroformnachwirkung proportional sind, d. h. je heftiger das Erbrechen nach der Narkose war, je unwohler die Patienten sich fühlten und je länger dieser Zustand dauerte, um so mehr pathologische Bestandtheile waren im Harn vorhanden.

Aus vorliegenden Befunden geht nun hervor, dass nicht nur Herz- und Gefässerkrankungen, sondern auch bestehende Nierenerkrankungen für das Chloroform eine Contraindication abgeben, dass an Schwangeren und Wöchnerinnen, die leicht zu Nierenaffectionen neigen, die Chloroformnarkose möglichst einzuschränken sei, dass das Chloroform als Mittel gegen Eklampsie zu verwerfen sei und endlich, dass kurz hinter einander folgende Narkosen mit Chloroform an ein und derselben Person zu vermeiden seien.

Was nun den Aether anlangt, so hat sich ergeben, dass er, auch bei protrahirter Application, jene schädigenden Einwirkungen auf die parenchymatösen Organe entweder garnicht, oder nur in viel geringerem Grade als das Chloroform ausübt. Nothnagel war der Erste, welcher der Anschauung, dass der Aether Nephritis erzeuge und bei bestehenden Nierenerkrankungen seine Anwendung contraindicirt sei, entgegentrat — gestützt auf seine experimentellen Versuche. Er fand, dass der Harn ätherisirter Thiere niemals Albumin aufwies, die Nieren stets normal waren. In neuerer Zeit sind analoge Untersuchungen zahlreicher und genauer ausgeführt worden. So untersuchte Butter (Madelung'sche Klinik) bei 500 Aethernarkosen den Urin vor und nach der Operation auf Eiweiss und konnte nur ein einziges Mal eine deutlich ausgesprochene Albuminurie nachweisen. Zu gleichen Resultaten kam Roux. Die Angaben von Fueter lauten in dieser Hinsicht für den Aether noch günstiger. Von 150 vor und nach der Aethernarkose untersuchten Harnmengen, fand sich niemals Albumin, wo es nicht schon vorher dagewesen war. In 4 Fällen, bei vorher bestehender Albuminurie, zeigte sich nach der Aetherisirung keine Vermehrung des Eiweissgehaltes im Harn und keine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens; in einem Falle von bestehender Albuminausscheidung hörte dieselbe nach Anwendung des Aethers sogar auf und konnte einige Tage nicht nachgewiesen werden, ein Umstand, der auf die Blutdruck erhöhende Wirkung des Aethers zurückzuführen ist. — Auch die Untersuchungen Fueter's bei acuter Aetherintoxication und mehrmals in kurzer Frist wiederholter Aetherisation, liessen keine krankhaften Ausscheidungen im Harn und keine pathologischen Veränderungen im Nierenparenchym erkennen. Wunderlich, der an der Bruns'schen Klinik die gleichen Beobachtungen anstellte, kommt zum Schluss, dass allerdings auch nach Aetheranästhesie Albuminurie und Cylindrurie auftreten kann und eine bestehende Eiweissausscheidung in geringem Grade gesteigert wird, doch handelte es sich immer nur um Spuren von Eiweiss, die sich nur durch eine schwache Trübung verriethen und in kürzester Frist verschwanden. — Jedenfalls ist die Eiweissausscheidung nach Aetheranästhesie bedeutend geringer als nach der Chloroformnarkose; bei ersterer in 6,9 %, bei letzterer in 11,5 % der untersuchten Fälle.

Fasst man nun die Ergebnisse der angeführten Untersuchungen und Beobachtungen zusammen, so lässt es sich nicht leugnen, dass die Anwendung des Aethers bedeutend weniger Gefahren sowohl für das Leben als auch für die Gesundheit der Patienten in sich birgt, als die des Chloroformes. — Allerdings haben wir im Aether kein Anaestheticum, das allen Anforderungen entspricht, denn auch die Aethernarkose hat ihre Gefahren, besitzt ihre Contraindication.

Die hauptsächlichste Gefahr des Aethers besteht in der leichten Entzündbarkeit seiner Dämpfe, die jedoch bei der nöthigen Vorsicht lange nicht so schwerwiegend ist, wie es von den Gegnern der Aethernarkose hervorgehoben wird. Die schweren Aetherdämpfe senken sich nämlich zu Boden, sodass die Möglichkeit einer Entzündung nur dann gegeben ist, wenn eine offene Flamme von unten her der Aethermaske genähert wird. Auf diese Weise erfolgt eine Explosion schon in 80 bis 50 Cm. Entfernung, während von oben und von der Seite her noch in 5 bis 3 Cm. Distanz keine Entzündung erfolgt. Ausserdem kann man diese Gefahr noch dadurch bedeutend einschränken, dass man das Operationszimmer gut ventilirt und die Aethermaske mit einem feuchten Tuch umwickelt, endlich bei Anwendung des Glüheisens in der Nähe der Kappe, dieselbe rechtzeitig entfernt. — Eine absolute Contraindication für den Aether ist einzig in den Erkrankungen der Luftwege (Bronchitis, Pneumonie etc.) gegeben: denn abgesehen davon, dass der Aether seine toxischen Wirkungen zuerst auf das Respirationscentrum ausübt, bedingt er ausserdem eine sehr starke Secretion der drüsigen Elemente der Athmungsorgane, sodass dadurch bei bestehenden pathologischen Processen dieser Organe nicht nur üble Zwischenfälle, sondern auch directe Lebensgefahren sich einstellen können. Was die Störungen während der Narkose anlangt, so kann das Erbrechen beim Aether ebenso häufig wie beim Chloroform eintreten, das Excitationsstadium kann mitunter recht heftig sein, namentlich bei Potatoren, wo es von erheblichem Muskeltremor begleitet wird, der unter Umständen trotz energischer Aetherisation nicht vorübergeht, sodass Fälle berichtet sind, wo wegen Fortdauer dieser Schüttelkrämpfe der Aether mit dem Chloroform hat vertauscht werden müssen. Im Uebrigen verläuft eine gutgeleitete Aethernarkose, sobald vollständige Anaesthesie eingetreten ist, ruhig und ohne beängstigende Störungen und kann ohne Weiteres jedem Laien anvertraut werden. Das Erwachen aus der Narkose tritt sehr rasch ein, oft schon in einigen Minuten nach Entfernung der Maske. Die Patienten fühlen sich darnach viel wohler als nach überstandener Chloroformnarkose, sind meist animirt und leiden sehr selten unter unangenehmen Nachwehen. Treten die Zeichen des sog. «Katzenjammers» dennoch ein, so sind sie jedenfalls viel geringfügiger und verschwinden viel schneller als die Chloroformnachwirkungen. Das einzige, worüber fast alle Patienten klagen, ist der oft mehrstündig anhaltende üble und unangenehme Aethergeruch und Geschmack.

Nach all' dem Angeführten, in welchem die statistischen Zahlen die bedeutsamste Sprache reden, unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass wir im Aether das bis date ungefährlichste Anaestheticum besitzen. Es entspricht seine Anwendung fast allen Anforderungen, die wir an ein wirksames Betäubungsmittel stellen und ist es, um mit Gurlt zu reden, mit nichten ein Rückschritt, «wenn



wir nach gewonnener besserer Einsicht zu jenem ungefährlicheren Anaestheticum zurückgreifen, mit dem die Aera der chirurgischen Anaesthetica eröffnet worden ist.»

Zum Schluss stelle ich die Vor- und Nachtheile der Chloroform- und Aethernarkose einander gegenüber:

Chloroform:	Aether:
a) Nachtheile:	a) Vortheile:
1. Bedeutende Lebensgefahr durch Eintritt d. vorzeitigen reflectorischen Herzstillstandes, durch Nichteinhaltung der typischen Reihenfolge der Lähmungen.	1. Keine directe Lebensgefahr.
2. Schädigung des Herzens, des Blutes, der Leber und Nieren.	2. So gut wie garkeine Schädigung der Nieren, der Leber. Herz und Blut bleiben intact.
3. Langandauernde üble Nachwehen.	3. Sehr geringe Nachwehen.
4. Erfordert einen geschulten Chloroformator.	4. Kann jedem Laien übergeben werden.
b) Vortheile:	b) Nachtheile:
1. Wirkung rascher, Application bequemer.	1. Wirkung langsamer.
2. Die Wirkung überdauert die Application sehr lange.	2. Die Wirkung ist sehr bald nach Aufhebung der Application verflogen (unter Umständen vortheilhafter).
3. Fast unbeschränkte Anwendung.	3. Beschränkte Anwendung, da Erkrankungen der Luftwege eine absolute Contraindication sind.
	4. Entzündbarkeit.

Somit ist das Chloroform in seiner Anwendung bequemer aber viel gefährlicher, der Aether hingegen unbequemer doch bedeutend ungefährlicher.

Referate.

M. v. Strauch: Ueber Venenthrombose der unteren Extremitäten nach Köliotomien bei Beckenhochlagerung und Aethernarkose. (Centrbl. f. Gyn. 1894, Nr. 13).

Verf. hat unter 19 Köliotomien in Beckenhochlagerung und Aethernarkose 3 mal Venenthrombose und in einem dieser Fälle Lungenembolie beobachtet. Da er nach Operationen mit Chloroformnarkose Aehnliches nicht gesehen hat, ist er geneigt die specifische Wirkung des Aethers plus Beckenhochlagerung als Ursache dieser unangenehmen Complication zu beschuldigen. In der Literatur finden sich übrigens sonst keinerlei Angaben über eine derartige Nebenwirkung des Aethers.

W. Beckmann.

O. Küstner: Die Principien der Prolapsbehandlung. (Deutsche Med. Wochenschr. 1894, Nr. 19).

Küstner wendet sich gegen den Schematismus, der sich auf dem Gebiete der operativen Behandlung des Vorfalls ausgebildet hat. Bei isolirtem Vorfall der hinteren Scheidenwand infolge partiellen Dammrisses, wie auch bei dem seltener vorkommenden isolirten Prolaps der vorderen Scheidenwand aus demselben Grunde ist die Perineoplastik auszuführen. Eine häufigere Ursache des Prolaps der vorderen Scheidenwand ist die Retroversio-flexio des Uterus meist combinirt mit partiellem Dammdefect. Ohne Lagecorrectur des Uterus ist die Behandlung dieser Form des Vorfalles illusorisch. In solchen Fällen führen schematisch ausgeführte Colporrhaphien nicht zum Ziel. Ein gut passendes Pessar genügt häufig zur Heilung des vorderen und hinteren Scheidenprolapsus, wobei sich die Hypertrophie der vorderen Scheidenwand zurückbildet. In stärker ausgebildeten Fällen sind ausser der Lagecorrectur des Uterus Scheidenoperationen nothwendig. Man kann entweder das Pessar vorher appliciren und dann operiren, was den Uebelstand hat, dass die Episioplastikwunde vom Pessar insultirt werden kann, oder man wartet einige Monate nach der Operation bis die Narben genügend erstarkt sind, und applicirt dann das Pessar. Da sich in solcher Weise die Cur sehr lange hinzieht, hat Küstner die Mackenrodt'sche Vaginofixation mit den plastischen Operationen vereinigt. Die Vaginofixation führt er folgendermaassen aus: Längsschnitt zwischen Urethralwulst und Portio, Abtrennen der Blase von der vorderen Scheidenwand und dem Uterus, Eröffnung des Peritoneum breit. Das Corpus uteri wird $1^1/_2$—2 Cm. unterhalb des Fundus mit einer Silkwormnaht gefasst und im vorderen Winkel der Vaginalwunde fixirt. Der übrige Theil der Wunde wird mit Catgut verschlossen. Seit August vorigen Jahres sind 27 Fälle in dieser Weise mit Erfolg operirt; der Zeitraum ist aber nach Meinung des Ref. nicht lang genug, um sich ein endgiltiges Urtheil über die Vaginofixation erlauben zu dürfen. — Alle Uterusprolapse entstehen aus Retroversionen-flexionen, auch die Fälle, wo das völlig ausserhalb des Beckens im Prolaps liegende Organ in Anteflexion angetroffen wird. Die Pessarbehandlung solcher Fälle ist mit Unzuträglichkeiten verbunden. Die plastische Verengerung der Scheide ohne Correction der Retroversionsstellung wird häufig geübt, führt aber zu Recidiven. Nach der Scheidenverengerung die Lage des Uterus mit Pessaren zu verbessern ist erst einige Zeit nach der Operation möglich und führt doch zur Dehnung der Narben durch die applicirten Ringe. Seit dem Jahre 1888 macht Küstner die Ventrofixation (Fundus uteri mit versenkten Silkwormnähten an die Bauchfascien und Musculatur fixirt) und in derselben Sitzung die vordere und hintere Colporrhaphie. Die Resultate waren vorzüglich und hat dies Verfahren eine Zukunft.

W. Beckmann.

Theodor Clemens: Die Wirkungen des Guajacol bei Diabetes und gegen die Polyurie der Diabetiker. (Allg. med. Central-Ztg. Nr. 12).

Verf. wendet das Guajacol seit einigen Jahren bei Diabetikern mit sehr günstigem Erfolge an; er verabfolgte mehrmals täglich à 10 Tropfen in Milch oder, wo dies angezeigt und vertragen wurde, in Leberthran. Um die Guajacolwirkung genau zu controlliren, liess er bei amylumhaltiger und ganz gewöhnlich gemischter Nahrung den Urin, der nach dem Mittagessen gelassen wurde (von 1—6 Uhr) auf Zucker untersuchen und wiederholte dieselbe Untersuchung nach einer mehrtägigen Guajacolanwendung bei genau derselben Kost. In den meisten Fällen constatirte C. eine sehr bedeutende Abnahme bis gänzliches Verschwinden des Zuckers im Urin. Wurde diese Therapie 14 Tage lang bis 4 Wochen anhaltend durchgeführt, so konnte man sogar hin und wieder süsse, zuckerhaltige Speisen erlauben, ohne den Zuckergehalt im Urin steigen zu sehen. Noch auffallender zeigte sich die Einwirkung des Guajacols auf die Polyurie der Diabetiker; in einigen Fällen nahm die 24-stündige Harnmenge schon nach einer 8 tägigen Guajacolcur fast um die Hälfte ab; dieser Erfolg konnte durch Aussetzen und Verminderung der Guajacolgaben noch deutlicher controlirt werden. In allen vom Verf. beobachteten Fällen wurde das Allgemeinbefinden besser; das Mittel wurde sehr gut vertragen. C. fordert die Collegen zur weiteren Prüfung des Guajacols bei Diabetes auf.

Abelmann.

R. Hogner: Ein Fall von «schweren Geburten» mit Abmagerungscur behandelt. (Hygiea 1893 Nr. 1.)

Verf. theilt die Geschichte von einer Frau mit, die stets sehr grosse Kinder zur Welt brachte und desshalb an sehr schweren Geburten litt. Nach Prochownicks und Josephson's Empfehlung liess er die Mutter während der Schwangerschaft eine Abmagerungsdiät halten mit dem Erfolge, dass das Kind bei der Geburt klein war und ganz ohne Schwierigkeit geboren wurde. Es wuchs jedoch bald und die Behandlung hatte keine ungünstige Wirkung auf das Gedeihen des Kindes. Josephson (Hygiea 1892 Sept.) hat 12 ähnliche Fälle beschrieben.

Buch (Willmanstrand).

J. Habart: Ueber die dynamische Wirkung der 8 Millimeter-Gewehr-Geschosse an Blutgefässen und Knochen lebender Ziele. (Wiener med. Presse 1893. № 14—16 referirt in Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1893 Heft 12).

Die modernen Mantelgeschosse bewältigen bei ihrer, im Vergleich zu den früher im Gebrauch gewesenen cylindro-ogivalen und conischen Weichbleiprojectilen, fast dreimal grösseren Anfangsgeschwindigkeit und wesentlich grösseren lebendigen Kraft noch bis zu einer Entfernung von 2300 m. Knochenwiderstände und bis 4000 m. die Weichtheile des menschlichen Körpers; sie gefährden daher bis zu dieser Distanz lebenswichtige Organe, in erster Linie den Circulationsapparat. Der Grad der Verletzung hängt ab von dem Einfallswinkel des Geschosses, der Höhe der Durchschlagskraft, der Entfernung, von dem Kaliber des getroffenen Gefässes und der Verletzungsstelle, und von dem Umstande, ob das Geschoss unverändert oder gestaucht war, als es das Gefäss traf. Dann kommen noch die Gefässverletzungen, die von Knochensplittern verursacht werden, in Betracht. Da die neuen Mantelgeschosse an Arterien und Venen meist glatte, den Schnittwunden ähnliche Zusammenhangstrennungen verursachen, so wird die Thrombenbildung beeinträchtigt, wodurch stärkere Blutungen entstehen, die jedoch infolge der kleinen Ein- und Ausschuss-Oeffnungen der Haut selten nach aussen sich ergiessen, sondern in die Körperhöhlen oder zwischen die Gewebsspalten, so dass sich Haematome und Aneurysmen bilden. Es kommt



noch in Betracht dass wegen des weniger heftigen Stosses des neuen Geschosses beim Auftreffen auf den Körper und bei dem dadurch bedingten geringeren localen und allgemeinen Stupor eine spontane Blutstillung seltener eintritt, dagegen aber der im Vergleich mit früher engere Schusskanal durch Blutpfröpfe leichter verstopft wird. Bei Verletzungen oberflächlich gelegener grösserer Arterien und Venen kommt es nach wie vor zu profusen Blutungen nach aussen, bezw. zum Verblutungstod. Grimm.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dritter Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nervenkranke von Dr. Holst in Riga.

Während ihres nunmehr zehnjährigen Bestehens hat diese Anstalt — bisher noch immer die einzige ihrer Art in Russland — 545 Kranken (247 M. 298 Fr.) Aufnahme gewährt bei einem Placement für nur 16–17 Pat. Vorliegender Bericht umfasst die letzten 5 Jahre, auf welche 270 Pat. (120 M. 150 Fr.) entfallen, deren Mehrzahl an Neurasthenie (58 M. 52 Fr.) u. Hysterie (6 M., 68 Fr.) litt. Psychosen kamen 20 Mal zur theilweise nur vorübergehenden Behandlung. Geheilt wurden 125 Fälle= 46 pCt., ein durchaus günstiges Resultat. Der Ortsangehörigkeit nach stammten die meisten Pat., 58, aus Petersburg, aus Riga selbst nur 39, aus Ehstland 51, aus Livland 46, aus Kurland 33, aus anderen russischen Gouvernements 40, aus Finnland 1, aus Deutschland 2. — Bei dem bedeutenden Ueberwiegen der Fälle von Neurasthenie und Hysterie (68 pCt. sämmtlicher Aufnahmen), welche in ihren schwereren Formen unbedingt in solche Anstalten hingehören, kommt H. auf den Hauptfactor der Anstaltsbehandlung für diese Neurosen, auf die persönliche, die psychisch-diätetische, die erzieherische Methode zu sprechen, über welche er zwei Dialoge mit hervorragend intelligenten Pat., einer Dame mit hochgradiger Neurasthenie und einem Herrn mit hartnäckiger Neuralgie, veröffentlicht. Beide Dialoge sind nicht fingirt, sondern thatsächlich von den Pat. nachträglich in Kürze zu Papier gebracht, sodass der Leser ein unmittelbares Bild davon erhält, wie die Pat. den erzieherischen Einfluss des Arztes aufgefasst haben, und wie H. denselben sich vorstellt. An das Zwiegespräch mit der Dame schliesst sich noch eine zeitlich später fallende Correspondenz mit H., welche gewisse vermeintliche Gefahren und Bedenken bei der psychischen Behandlungsmethode zur Sprache bringt. Leider kann hier auf den Inhalt dieser interessanten Schriftstücke nicht näher eingegangen werden, angeführt werden sollen jedoch aus dem Briefe der Dame die in klarer, präciser Weise hervorgehobenen Hauptpunkte der psychischen Behandlung der Neurosen: Aufklärung der Pat. über ihren Zustand und damit Beseitigung irrthümlicher Auffassungen, welche oft die grössten Sorgen und inneren Beunruhigungen veranlassen, weiter über die Entstehungsursachen der Krankheit und dadurch über die sich ergebenden Grundsätze zur Beseitigung derselben. Diese Aufklärung ist nur möglich auf dem Boden persönlichen Vertrauens und kann nur durch fortlaufenden persönlichen Einfluss zur gedeihlichen Bekämpfung des Krankheitszustandes verwerthet werden. Michelson.

Prof. Albert Eulenburg: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. III. Auflage. I. Band. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1893 und 1894.

Das grossartige Werk, das seit seinem ersten Erscheinen vor etwas über 10 Jahren weltbekannt geworden ist und — trotz mannigfacher Nachahmungen — bis heute unübertroffen in seiner Art geblieben ist, hat einen solchen Erfolg gehabt, dass nunmehr eine III. Auflage herausgegeben werden muss. Soweit man nach dem eben erschienenen I. Bande urtheilen kann, ist die berechtigte Erwartung, dass der Herausgeber mit der grossen Schaar seiner Mitarbeiter die nothwendigen Abänderungen und Nachträge in gewissenhaftester Weise vornehmen und dadurch das Werk auf der Höhe erhalten werde, im Ganzen vollauf bestätigt worden. Das hat sicher eine enorme Arbeit gemacht, — der Lohn wird wohl ebenso sicher nicht ausbleiben; die Realencyclopädie wird ihre Stellung in der Weltliteratur behaupten und ihren Leserkreis immer mehr vergrössern.

Sollen wir Einzelheiten hervorheben, so müssen wir als ganz besonders befriedigend hervorheben. Die Artikel: Abdominaltyphus (nach dem Tode des Verfassers Zülzer von J. Schwalbe durchgesehen), sehr eingehend bearbeitet und reichlich illustrirt; Abortus (Kleinwächter, forensisch von E. Hoffmann); Actinomykosis (Birch-Hirschfeld, mit theilweiser Benutzung des gleichnamigen Artikels von Marchand in den früheren Auflagen); Aderlass (Wolzendorff), wobei den neuen Erfolgen von Dyes, Wilhelmi, Schubert volle Gerechtigkeit widerfährt; Albuminurie (Senator); Antisepsis und Asepsis (Küster). Der letztangeführte Artikel ist in sehr anerkennenswerther Weise maassvoll und ohne den jetzt so beliebten übertriebenen Enthusiasmus für die «Asepsis» geschrieben; wenn man die zahlreichen Aeusserungen der Ultra-Aseptiker von heute liest, so sollte man meinen, es gäbe garkeine Grenze für die Anwendung der aseptischen Wundbehandlung und die «Antiseptiker» seien so eine Art Giftmischer. Es ist gewiss sehr erwünscht, dass von so hervorragender Seite und an so hervorragendem Ort beiden Verfahren, die übrigens zum grossen Theil nur künstlich in extremen Antagonismus gesetzt werden, der gebührende Platz angewiesen wird, dass ihre mannigfachen Berührungspunkte unter Berücksichtigung der praktischen Verhältnisse in richtiger Beleuchtung erscheinen. — Zum Schluss sei es uns gestattet, einige Ausstellungen zu machen. Im Artikel «Abscess» (Albert) wird der Ausspruch «Bei grossen heissen Abscessen macht man einen Schnitt von etwa 3 Cm., bei kleinen Abscessen genügt ein halb so grosser» wohl beanstandet werden dürfen. Auch der Satz, dass am Stamm in der Regel in der Richtung der Körperachse zu incidiren ist, ist anfechtbar (seitliche Brustgegend, Inguinalgegend!) «Paranephritische Abscesse entstehen ..... in Folge von Traumen oder Lithiasis»; damit ist die Aetiologie doch noch lange nicht erschöpft. Im Artikel «Amputation» (Gurlt), vermissen wir die sehr werthvolle, 1891 von Neudörfer beschriebene und neuerdings von Bruns, unwesentlich modificirt, für Unterschenkelamputationen empfohlene Methode. — Doch wollen wir nicht weiter in's Einzelne gehen. Dem Gesammtwerk wünschen wir auch in seiner neuen Auflage viel «Glück auf den Weg». W.

F. Massei: Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs mit Einschluss der rhinoskopischen und laryngoskopischen Technik. Nach der zweiten Auflage in's Deutsche übertragen von Dr. Emanuel Fink. II Bände. (I. Bd. Rachen- und Nasenhöhlen 374 S. II. Bd. Kehlkopf. 490 S.). Leipzig, Verlag von Arthur Felix. 1893.

Der Uebersetzer hat mit der Uebersetzung des Werkes dieses hervorragenden italienischen Laryngologen entschieden sich ein Verdienst um unsere Wissenschaft erworben. Durch die von ihm hinzugefügten Bemerkungen ist die deutsche Ausgabe aus dem Rahmen einer gewöhnlichen Uebersetzung herausgetreten.

Der Vorzug dieses Werkes ist die Gründlichkeit desselben und die klare Exposition, bei vielleicht etwas breiter Anlage, die jedoch besonders Anfängern sehr recht sein wird, wenn dem Geübtern eine knappere Form vielleicht lieber gewesen wäre. Doch kann das kaum als Fehler des Buches angesehen werden. Auf den Inhalt des Werkes näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. Eine Kritik gehört ins Fachjournal, und hat sich das Buch (es ist ja in 2. italienischer Auflage erschienen) einer solchen schon unterzogen und ist glänzend aus dieser hervorgegangen. Mir bleibt nur übrig, die Leser der Wochenschrift auf diese gute deutsche Uebersetzung aufmerksam zu machen, wobei ich auf obengenannte Vorzüge nochmals hinweise.

Druck und Ausstattung sind sehr gut. Neumann.

P. Hermet Leçons sur les maladies de l'oreille, faites à l'hôpital des enfants malades dans le service de M. le prof. Grancher. Avec 26 figures dans le texte. 296 pag. Paris Octave Doin. 1892.

A. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit 331 in den Text gedruckten Abbildungen. 619 pag. Stuttgart. Verlag von Ferdin. Enke. 1893.

Handbuch der Ohrenheilkunde bearbeitet von einer grossen Reihe bekannter Fachmänner (24), herausgegeben von Prof. Dr. Herrmann Schwartze. Zweiter Band. Mit 157 Abbildungen im Text. 915 Seiten. Leipzig Verlag von F. C. W. Vogel. 1893.

Von diesen 3 Lehrbüchern hat jedes ein eigenartiges Gepräge, bildet jedes ein eigenes Genre.

Das französische, ein Resultat klinischer Vorträge, ist nicht für Specialärzte bestimmt, sondern ein Compendium für Aerzte und Studirende und giebt in klarer Fassung und in kurzer, bündiger Weise ein Bild der Otiatrie, wodurch es zu einem geeigneten Leitfaden für Anfänger geworden ist.

Mit dem Lehrbuche unseres Altmeisters Politzer brauchen die Leser der Wochenschrift wohl kaum bekannt gemacht zu werden. Es wird wohl jeder Arzt kennen das Lehrbuch, in dem gründliches Wissen, klare Exposition in gefälliger Form und guter Sprache geboten wird. Diese dritte Auflage (über die



beiden ersten ist seiner Zeit in unserer Wochenschrift referirt worden) ist wiederum eine Umarbeitung, wobei den neueren Forschungen überall Rechnung getragen ist. Ich will nur, um ein Beispiel herauszugreifen, die Lehre von der intracraniellen Eiterung nach eitriger Otitis, und deren operative Behandlung erwähnen. Dadurch ist das Buch um ein Bedeutendes grösser geworden. Auch die Zahl der Abbildungen ist grösser. Ausstattung und Druck sind ausgezeichnet.

Von den beiden unterscheidet sich das dritte Werk durch seine ganze Anlage. Jene sind der Ausdruck des Wissens, Forschens und Sammelns eines einzelnen Mannes; sie sind aus einem Guss bearbeitet. Dieses ist ein Sammelwerk. Vor uns liegt der 2. Band des Werkes, die Pathologie und Therapie in folgenden Capiteln enthalten: Krankheiten der Ohrmuschel und des äuss. Gehörganges (W. Kirchner), Krankheiten des Trommelfells (W. Kirchner), Krankheiten des Nasenrachenraums (F. Trautmann), Krankheiten der Paukenhöhle, (K. Walb), Krankheiten des Warzentheils (F. Bezold), Krankheiten des Labyrinths und des N. acust. (G. Gradenigo), Fremdkörper im Ohre (W. Kiesselbach), Neubildungen des Ohres (Kuhn), letale (richtiger intracranielle Ref.) Folgeerkrankungen bei Ohraffectionen (H. Hessler), Taubstummheit (Holger Mygind), Prothese und Correctionsapparate (E. Berthold), Operationslehre (H. Schwartze), Geschichte der Ohrenheilkunde (M. Meyer). Vor jedem Capitel die Litteratur, am Ende des Werkes ein Register.

Es sind, wie der Herausgeber es auch in seiner Vorrede erwähnt, die einzelnen Abschnitte nicht ganz gleichmässig bearbeitet; einzelne Autoren haben den contractmässig angewiesenen Raum überschritten und sind ausführlicher geworden. Ich glaube, wir wollen diesen Umstand nicht als Fehler des Buches ansehen und können das gediegene Werk nur bestens empfehlen. Es wird sicher, wie der Herausgeber es in Wunschform ausspricht, «in weiten Kreisen Wohlwollen und Vertrauen erwerben und bewahren».

Ausstattung und Druck sind vorzüglich.

J. F. Neumann.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 19. Januar 1894.

1. Dr. W. Lenz stellt ein junges Mädchen vor, welches einen eigenthümlichen Haarausfall am Kopfe darbietet. L. führt dies Leiden auf trophoneurotische Störungen zurück. Die Therapie ist bisher erfolglos gewesen.

2. Dr. v. Stryk legt einen wegen sarcomatöser Entartung exstirpirten Uterus vor, der ausserdem ein dünngestieltes fast kindskopfgrosses Fibrom trägt. Das Präparat stammt von einer 57-jährigen, sehr fettleibigen Virgo, die ausser in den letzten Jahren aufgetretenen andauernden Blutungen keine Beschwerden gehabt. Die Diagnose war mikroskopisch constatirt worden, an mit dem Löffel dem Endometrium entnommenen Partikeln. Die Portio, ebenso die Parametrien waren frei, hinten links vom Uterus fand sich ein bei der Untersuchung als eigross taxirter harter, wenig beweglicher Tumor. Die Operation erschwert durch Enge und Rigidität der Vagina, sowie Schwerbeweglichkeit des Uterus, hatte fast 3 Stunden Narkose bedurft, da namentlich das grosse an bleistiftdickem, 2 Cm. langem Stiele sitzende Fibrom schwer zu entwickeln war. Pat. vertrug den Eingriff gut, erholte sich bald nach der Narkose, hatte guten Puls, normale Temperatur, bis auf einen vorübergehenden Anstieg (ohne Frost) auf 38°, 9 24 Stunden p. operat. Abends 37. 3. Einzige Klage der Kranken: Aufgetriebenheit des Praecord, bei weichem eindrückbarem Unterleibe. Kräftezustand so gut, dass mehrere Male Morphium subcutan gegeben und gut vertragen wurde. Trotzdem plötzlicher Tod, 43 Stunden p. operat. in Gegenwart der pflegenden Schwester. Sofort herbeigeholte ärztliche Hülfe kam zu spät. Die von Dr. Krannhals freundlichst vorgenommene Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle ergab als einzige wahrscheinliche Todesursache die überaus vorgeschrittene Verfettung des Herzmuskels. Vortragender hält die andauernde Narkose für den letzten Anlass der versagten Energie eines eminent leistungsunfähigen Herzens, und warnt daher vor protrahirten Narkosen bei allen fettleibigen Individuen. (Autorreferat.)

3. Dr. Treymann demonstrirt einen am heutigen Tage exstirpirten Eitertubensack und berichtet kurz die vorausgegangenen Krankheitserscheinungen und den Gang der Operation.

4. Dr. Hach berichtet über einen Fall von Extrauteringravidität: Frau R. 16 Jahre verheirathet, hat 2 mal geboren und 3 mal Aborte in den ersten Monaten gehabt, den 1 vor den Geburten, die beiden andern zwischen denselben. Pat. ist nie mit Schmerzen oder Beschwerden im Unterleib behaftet gewesen, hat nie fl. albus gehabt. Periode stets regelmässig. 4 Tage. Menses vom 10.—14. August, zur Zeit, anfangs September 4 Tage, beide Male von normaler Stärke. Ende September leichte Blutung, am 4. Oct., also zur Zeit, 4-tägige etwas schwächere Blutung, 4 Tage Pause, dann beginnt eine mässige Blutung, die bis Mitte November anhält. Stücke nicht beobachtet, dann bis zum Tage der Consultation keine Blutung. Am 15. August, 1 Tag nach Beendigung der Menses, bekommt Pat. auf einer Fahrt einen heftigen Schmerz im Unterleibe, plötzlichen starken unerträglichen Druck auf Blase und Mastdarm. Pat. erholt sich, setzt den Weg — 1 Kilom. zu Fuss fort. Rückweg ($2^1/_2$ Kilom.) zu Fuss, fahren unmöglich. Die Schmerzen schwinden allmählich, nur der Druck auf Blase und Mastdarm bleibt, wechselnd an Stärke. Dieselben Erscheinungen wie im August am 9. Oct., ein Tag nach Beendigung der Menses, nur stärker, ebenfalls auf einer Fahrt. Schwindel, Ohnmacht beide Male nicht eingetreten. Die Schmerzen und der Druck im Unterleibe nehmen stetig zu, jedoch treten Remissionen ein, in denen Pat. sogar Besuche machte. Ischurie, Pat. führt selbst den Katheter ein, eine Zunahme des Leibes hat Pat. nicht bemerkt, keinen Tumor gefühlt, keinerlei Graviditätssymptome. Am 22. Dec. Untersuchung in Narkose: Vagina lang gedehnt, Douglas stark vorgewölbt. Portio hochstehend unmittelbar über der Symphyse, Uterus vergrössert, etwa der 6. Schwangerschaftswoche entsprechend, liegt auf einem rundlichen prallelastischen gleichmässigen nicht verschiebbaren Tumor, welcher den Douglas stark hinunterdrängt, derselbe liegt in der rechten Hälfte des Unterleibes, die Linea alba nach links überragend. Brüste schlaff, keine Graviditätserscheinungen. Da die Möglichkeit einer Gravidität absolut in Abrede gestellt wird, und eine Punction des Douglas mit Pravatz'scher Spritze zersetztes Blut zu Tage fördert, wird die Diagnose auf Hämatocele retrouterina gestellt. Da die Beschwerden hochgradig, wird in derselben Narkose die Kolpotomie gemacht, Schnitt durch den hinteren cul de sac, es entleert sich coagulirtes Blut. Der Finger tastet erst eine mit Blutcoagulis gefüllte Höhle. Der Finger gelangt durch einen Schlitz, durch das Messer hervorgebracht, in eine zweite grössere Höhle, und fühlt daselbst den Kopf einer Frucht, und die zu einem 3-Theil abgelöste Placenta. Extraction des Foetus (Mädchen, lebend, $16^1/_2$ Cmt. lang) und Entfernung der Placenta, dabei reichliche Blutung, welche auf reichliche Jodoformgazetamponade zum Stehen gebracht wird. Glatter Verlauf mit periodischen kurzdauernden Temperatursteigerungen, welche nach jedem Verbandwechsel zur Norm zurücksinken. (Autorreferat).

Dr. Treymann hält die Kolpotomie für angezeigt in solchen Fällen, wo der Douglas durch den Fruchtsack stark vorgewölbt, und der Sitz der Placenta nicht hindernd ist. Es wären in der Literatur sogar Fälle beschrieben, wo auf diesem Wege durch den Forceps eine ausgetragene Frucht bei abdomineller Gravidität extrahirt worden ist. Er selbst habe dieses Verfahren einmal bei 8-monatlicher Frucht angewandt, wo auch der Douglas stark vorgewölbt gewesen. Der Verlauf war leider ein ungünstiger, desto mehr interessire ihn der von Dr. Hach geschilderte Fall. Die Fehldiagnose Hämatocele retrouterina halte er für durchaus erklärlich.

Dr. Radecki stehen eigene Erfahrungen nicht in genügender Zahl zu Gebote, doch habe sich auf dem internationalen gynäkologischen Congress in Brüssel 1892 Martin unter Zustimmung anderer erfahrener Gynäkologen dahin geäussert, dass eine Diagnose des Placentarsitzes vor der Operation nicht möglich sei. Daher könne man diesen Umstand nicht, wie Dr. Treymann es thut, zur Indicationsstellung der Operationsmethode heranziehen.

Dr. Treymann erwiedert, dass er in 2 Fällen die Diagnose vor der Operation gestellt habe, und die Operation dieselbe als richtig erwiesen habe.

Dr. Wolochinsky stimmt Dr. Treymann zu, und berichtet einen Fall von Litzmann, wo dieser ebenfalls vor der Operation den Sitz der Placenta diagnosticiren konnte. Dr. Hach gegenüber giebt er der Erwägung Raum, ob es sich in dem von ihm referirten Falle nicht um eine intraligamentäre Entwickelung des Fruchtsackes gehandelt haben könnte.

Dr. Hach hält die Frage für schwer zu entscheiden.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— E. L. Labanovsky hat bei einem schweren Fall von Gesichtserysipel Compressen, die mit einer heissen 1:1000 Lösung von Sublimat imbibirt waren so heiss wie möglich auf die inficirten Stellen legen und möglichst häufig wechseln lassen. Chinin sulf. innerlich, Milch, Bouillon. Das Resultat war ein sehr gutes. Sofort Abfall der Temperatur von 41,1° C, auf



40° C., am 7. Tage Abfall der Temperatur auf 39° C., am 8. Tage unter 38° C. — Genesung.
(Archive de médecine et de pharmacie militaires. Janvier 1894).

— R. v. Jaksch: Therapeutische Mittheilungen über den Typhus abdominalis. (Prager med. Wochenschrift 1894, № 11).
Verf. behandelte 18 Typhuspatienten mit Lactophenin, inem Phenetidin, in welchem an Stelle der Acetylgruppe eine Lactylgruppe getreten. Das Mittel wird von der chemischen Fabrik vormals Goldenberg, Germont und Comp., Winkel (Rheingau) hergestellt. Als Antipyreticum verwendet, setzt es die Temperatur prompt herab in Dosen von 0,5—1,0 ohne schlimme Nebenwirkungen. Verf. hat den Eindruck gewonnen dass der Verlauf abgekürzt wird und empfiehlt das Mittel zu weiterer Nachprüfung.

Zwei Jubilare.

In der nächsten Woche vollenden sich 3 Jahrzehnte, seit 2 unserer angesehensten Collegen hieselbst an der Universität Dorpat zu Doctoren der Medicin promovirt wurden. Am 2. Juni 1864 erhielt Woldemar Kernig aus St. Petersburg und am folgenden Tage, den 3. Juni, Johannes Assmuth (Estonus) die Doctorwürde und damit die venia practicandi; beide haben ein Menschenalter hindurch von ihren damals verliehenen Rechten den ausgiebigsten Gebrauch gemacht zum Nutzen vieler Tausende kranker Menschen, — zur Förderung ärztlicher Kunst und Wissenschaft, zur Freude ihrer Standesgenossen und Freunde.

Die St. Petersburger medicin. Wochenschrift, welche von ihrer Entstehung an (also seit 18 Jahren) zu den beiden genannten hervorragenden Collegen in engsten Beziehungen gestanden hat, bringt ihre Glückwünsche nicht nur im eignen Namen, — sie ist sich dessen bewusst, dass sie im Sinne ihres ganzen Leserkreises handelt, wenn sie den Jubilaren vom 2. und 3. Juni für das bisher Geleistete ihre wärmste Anerkennung und für das künftig noch zu Leistende ihre besten Hoffnungen ausspricht.

Dr. Woldemar Kernig, welcher seine ärztliche Thätigkeit bereits einige Monate nach seiner Promotion als Supernumerar am Obuchow Hospital begann, ist gegenwärtig Oberarzt des Obuchowschen Frauenhospitals. Von seiner wissenschaftlichen Arbeit geben die Titel seiner in 30 Jahren publicirten Aufsätze Zeugniss.

1864. Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Wärmeregulirung des Menschen. Dissertation.
1866. Zur Casuistik der Meningitis cerebrospinalis epidemica (St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. X, S. 151—161.)
1867. Ueber Milzabscesse nach Febris recurrens, vorzugsweise in klinischer Beziehung (St. Pet. med. Zeitschr. XII, S. 187—218. Russisch im Военно-медицинскій журналъ).
1869. Ein Fall von Heufieber (St. Pet. med. Zeitschr. XVII, S. 17—29).
1875. Fall von Milzruptur mit glücklichem Ausgang (St. Pet m. Z. n. Folge V.)
1876. Ein Fall von exanth. Typhus mit gleichzeitigen Masern. (St. Petersb. med. Wochenschr. Bd. I, № 14.)
1877. Zwei Fälle von diabetischem Coma (St. Pet. m. W. II, Nr. 51).
1879. Ueber subfebrile Zustände von erheblicher Dauer. (D. Arch. f. klin. Med. XXIV. Russisch Военно-медицинскій журналъ.)
1880. Eine Reihe von Trichinosis-Fällen in St. Petersburg. (St. Petersb. med. W. V. Nr. 1.)
1881. Ein Fall von primärem Pankreas-Krebs (St. Pet. m. W. VI. Nr. 4. russ. Врачъ 1881. Nr. 1).
1883. Ein Fall von Pyopneumothorax nach vollständiger Abtrennung eines Lungenstücks durch Eiterung. (St. Pet. m. W. VIII. Nr. 39.)
1884. Ueber ein wenig bemerktes Meningitis-Symptom. (Berl. klin. W. Nr. 52. — Russ.: Врачъ Nr. 26—27.)
1887. Ein Fall von chron. Rotz (Wurm) beim Menschen. (Zeitschr. für klin. Med. XII. Russ.: Военно-медицинскій журналъ.)
1889. Zur Percussion des Magens (St. Pet. m. W. XIV. Nr. 48. russ.: Врачъ Nr. 46.)
1891. Vorläufiger Bericht über die in der Frauenabtheilung des Obuchow-Hospitals nach Kochscher Methode behandelten Schwindsüchtigen (St. Petersb. med. Woch. S. XVI. Nr. 12.)

Ausserdem finden sich in den Protokollen des Vereins St. Petersburger Aerzte und des Deutchen ärztlichen Vereins zahlreiche kleinere Vorträge von ihm, — grösstentheils mit Demonstration von Kranken oder Präparaten, — desgleichen in den Berichten der Obuchowschen ärztlichen Conferenzen.

Dr. Johannes Assmuth begann seine Laufbahn als Militärarzt in Finnland, war darauf Landschafts-Arzt in Skopin. Seit 1874 ist er in St. Petersburg thätig. — bis 1888 am Obuchow-Hospital, seitdem Consultant für Krankheiten der Harnwege an den Ambulatorien der Maksimilianowskaja Letschebniza und des Deutschen Alexander-Hospitals. Von ihm sind folgende Arbeiten publicirt*):

1864. Ueber Einwirkung des Wasserstoffhyperoxydes auf die physiologische Verbrennung. Dissertation.
1876. Ueber Harnsteinbildung. (Vorl. Mittheilung. St. Pet. med. Woch. I, Nr. 2.)
1877. Die Harnsteinbildung und ihr Verhältniss zur Acidität des Harns (Deutsches Arch. für klin. Med. XX, S. 397 bis 425.)
1877. Kriegs-Correspondenz aus dem Kloster-Lazareth in Sistowa. (St. Pet. med. Wochenschr.)
1881. Zwei Fälle von Blasenruptur, hervorgerufen durch Muskelanstrengung (St. Petersb. med. Wochenschrift VI, Nr. 22.)
1883. Ein Fall von Leber-Echinococcus. Operation, Heilung mit zurückbleibender Gallenfistel. (St. Pet. med. Wochenschrift VIII, Nr. 8, p. 17.
1886. Ueber Harnresorption und Urämie. (St. Pet. med. Woch. XI, Nr. 6.)
1886. Ein Fall von Blasenstein, entstanden durch Incrustation eines Wachslichtes mit Harnsalzen. Sectio alta mit Blasennaht. (St. Pet. med. Wochenschr. XI. Nr. 47.)
1889. Ueber die Gefahren des Katheterismus bei gewissen Formen von Harnretention. (St. Pet. med. Wochenschr. XIV. Nr. 1.)
1889. Zur Casuistik des Ureterenverschlusses. (St. Pet. med. Wochenschr. XIV, Nr. 31.)
1891. Ueber chronische und latente Gonorrhoe. (St. Pet. med. Wochenschr. XVI. Nr. 43.)
1893. Ueber senile Dysurie (St. Pet. med. Wochenschr. XVIII Nr. 9.)

J. Assmuth hat sich auch lebhaft an den Verhandlungen des Deutschen ärztlichen Vereins, sowie des Vereins St. Petersburger Aerzte betheiligt, worüber die Protokolle Nachweis liefern.

Vermischtes.

— Die Zahl der medicinischen Gesellschaften, deren es in St. Petersburg — nicht gerechnet die wissenschaftlichen Vereinigungen der Hospitalsärzte bei den meisten grösseren Hospitälern — bereits fünfzehn giebt, ist neuerdings wieder um eine Gesellschaft vergrössert worden. Die neue Gesellschaft, welche den Namen «St. Petersburger medico-chirurgische Gesellschaft» führt, hat am 21. Mai im Locale der Maximilian-Heilanstalt ihre erste organisatorische Sitzung abgehalten, in welcher der Ehren-Leibchirurg Dr. Weljaminow — zum Präsidenten, Prof. Dr. A. J. Lebedew von der milit.-med. Academie zum Vicepräsidenten, Dr. M. P. Manassein — zum Secretär und Dr. E. E. Weymarn — zum Cassirer gewählt wurden. Die erste wissenschaftliche Sitzung wird erst im September stattfinden.

— Am 24. Juni beging der Professor der Augenheilkunde an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. E. W. Adamjuk, sein 30-jähriges Professor-Jubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm die Professoren, Assistenten der Kliniken, Vertreter der Kasanschen ärztlichen Vereine, sowie zahlreiche Verehrer ihre Glückwünsche abstatteten. Auch von auswärts waren viele Gratulationen eingelaufen.

— Ordensverleihungen: St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Director des hiesigen Marien-Gebärhauses, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Schmidt; St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Mitgliede des Curatoriums des Asyls des Prinzen Peter von Oldenburg, wirkl. Staatsrath Dr. Stukkey; St. Annen-Orden II. Classe — dem Consultanten an der Maximilianheilanstalt, Staatsrath Dr. Assmuth; St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Docenten für Hygiene und Geburtshülfe bei der Shitomirschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Arzt Joh. Schlipps.

— Ernannt: Der Divisionsarzt der I. kaukasischen Kosaken-Division, wirkl. Staatsrath Kimont — zum Corpsarzt des kaukasischen Armeecorps; der Oberarzt des Odessaschen Militärhospitals, Staatsrath Keldysch — zum Brigadearzt der 51. Inf.-Reservebrigade; der ältere Arzt des Tiraspolschen Militär-Lazareths — zum Oberarzt des Odessaschen Militärhospitals.

*) Vielleicht ist die Liste nicht ganz vollständig.



— Verstorben: 1) Der jüngere Arzt des Eriwanschen Leib-Garde-Grenadierregiments Sr. Majestät Andreas Iwanow. 2) Am 9. (21.) Mai in Berlin der berühmte Physiker Prof. Dr. Aug. Kundt, Helmholtz' Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Experimentalphysik, im 55. Lebensjahre an einem Herzleiden. Der Verstorbene genoss nicht nur als Gelehrter einen Weltruf, sondern erfreute sich auch einer allgemeinen Beliebtheit, namentlich auch bei den jungen Medicinern, die er in die Elemente der Physik einzuführen hatte.

— Die russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung Prof. Ratimow — zum Präsidenten, Dr. P. J. Multanowski — zum Vicepräsidenten, Dr. S. W. Wladislawlew — zum Secratär, Dr. A. A. Trojanow zum Cassirer und Dr. A. A. Kadjan — zum Bibliothekar gewählt.

— Prof. Czerny (Heidelberg) hat die Berufung als Nachfolger Billroth's an die Wiener Universität abgelehnt. Wie die «Wiener med. Presse» vermuthet, haben einerseits die ernsten Bemühungen der badischen Regierung, andererseits Rücksichten familiärer Natur, Prof. Czerny veranlasst, sich für das fernere Verbleiben an der Heidelberger Universität zu entscheiden. Die allgemeine Aufmerksamkeit wendet sich nunmehr dem an zweiter Stelle für den Wiener Lehrstuhl der Chirurgie vorgeschlagenen Prof. Mikulicz (Breslau) zu, der ebenfalls zu den hervorragendsten Schülern Billroth's gehört.

— Prof. extraord. Escherich in Graz, welcher zum ordentlichen Professor befördert ist, hat den Ruf an die Leipziger Universität, wo er den Lehrstuhl der Kinderheilkunde an Stelle des nach Berlin berufenen Professors Heubner übernehmen sollte, ausgeschlagen.

— Der Privatdocent für interne Medicin an der Berliner Universität, Dr. Carl Posner, ist zum Professor ernannt worden. P. ist auch Mitredacteur der von seinem Vater begründeten «Berliner klinischen Wochenschrift».

— Die Rostowsche Stadtverwaltung hat beschlossen, Denkmäler auf den Gräbern der Aerzte Linberg und Schroeder zu errichten, welche im vorigen Jahre bei der Bekämpfung der Flecktyphusepidemie ein Opfer derselben wurden.

— Wie die «Russkaja Shisn» erfährt, ist im Ministerium der Volksaufklärung die Frage angeregt worden bezüglich Creirung von speciellen Stipendien bei den medicinischen Facultäten für junge Aerzte, welche sich der gerichtlich-medicinischen Praxis widmen wollen, um ihnen eine specielle gerichtlich-medicinische Ausbildung zu ermöglichen. (Russ. Med.)

— Die Moskauer Stadtverwaltung hatte angesichts der Verdienste des verstorbenen Stadthauptes N. A. Alexejew um die Versorgung von Geisteskranken und angesichts der grossen Spende von 300,000 Rbl. seitens der Wittwe Alexejew's, um die Allerhöchste Genehmigung petitionirt, dem Anbau des neuen Irrenhauses, zu welchem die Spende der Frau Alexejewa Verwendung fand, den Namen des verstorbenen N. A. Alexejew beilegen zu dürfen. Se. Majestät der Kaiser geruhte jedoch Allerhöchst zu befehlen, dass der Name des Stadthauptes Alexejew dem Hauptgebäude des Irrenhauses zugeeignet werde.

— Die Gesellschaft der Aerzte des Odessaer Stadthospitals, deren Präsident der verstorbene Dr. N. A. Stroganow war, hat in einer dem Andenken ihres bisherigen Präsidenten gewidmeten Versammlung, folgende Beschlüsse gefasst, um dem Verstorbenen ein bleibendes Gedächtniss zu sichern: 1) Die Stadtverwaltung zu ersuchen, das beim Stadthospital befindliche Museum, zu dessen Einrichtung und Vervollkommnung der verstorbene Dr. Stroganow soviel beigetragen hat, nach ihm zu benennen; 2) Von der Stadtverwaltung die Genehmigung zu erbitten, auf Kosten der Aerzte im pathologisch-anatomischen Cabinet die Büste des Verstorbenen oder eine Marmortafel mit dem Namen desselben, und im ärztlichen Dejourzimmer das Portrait Stroganow's aufzustellen. 3) Eine Biographie Dr. Stroganow's mit eingehender Würdigung seiner wissenschaftlichen Arbeiten herauszugeben und ebenso eine Sammlung von Arbeiten der Aerzte des Stadthospitals, welche den Namen Stroganows tragen soll. Falls die Stadtverwaltung die Herstellungskosten der Biographie und der Sammlung (Sbornik) nicht übernehmen sollte, so werden die Aerzte sie tragen. Die Abfassung der Biographie und Redaction des «Sbornik» wurde einer Commission, bestehend aus den DDr. Sabanejew, Chenzinski und Himmelfarb, übertragen. (Nowoross. Tel.—Russ. Med.)

— Der Staatsrath Joh. Karawajew hat ein Kapital von 9000 Rbl. testamentarisch vermacht, von dessen Zinsen ein Bett für mittellose Kranke im Olga-Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg in St. Petersburg unterhalten werden soll.

— Der Process des hiesigen Arztes Dr. Rochel, welchen derselbe seit drei Jahren gegen das Ministerium des Innern führt, weil Letzteres ihm als Pächter des Mineralbades «Staraja Russa» dasselbe vor Ablauf der Pachtzeit wegen angeblich schlechter Leitung abgenommen hat, ist in der vorigen Woche vom Senat in letzter Instanz zu Gunsten des Ministeriums entschieden worden. Bekanntlich hatte Dr. Rochel in erster und zweiter Instanz den Process gewonnen, doch hat die Gerichtspalate auf die seitens des Ministeriums erhobene Cassationsklage hin bei der nochmaligen Verhandlung des Processes zu Gunsten des Ministeriums entschieden und ist diese Entscheidung vom Senat nunmehr bestätigt worden.

— In Brooklyn (Vereinigte Staaten von Nord-Amerika) hat sich eine Gesellschaft gebildet, welche es sich zum Ziel gesetzt hat, die obligatorische Pockenimpfung abzuschaffen. Sowohl der Präsident, als auch der Vicepräsident der Gesellschaft sind Aerzte. (Med. Rec.-Wr.)

— Der diesjährige VIII. Congress der Anatomen tagte vom 14.—16. Mai n. St. in Strassburg unter dem Präsidium des Prof. C. Toldt (Wien). Mehr als 90 Theilnehmer die meisten aus Deutschland, viele aber auch aus anderen Ländern — hatten sich eingefunden und die Zahl der Vorträge aus den verschiedenen Gebieten der Anatomie, sowie der Demonstrationen von auserlesenen Präparaten war eine recht grosse. Die von der anatomischen Gesellschaft niedergesetzte Nomenclatur-Commission ist mit ihren Arbeiten bereits so weit vorgeschritten, dass sie ihre umfangreiche Arbeit im Laufe dieses Jahres beendigen und dem nächstjährigen Congresse dann ein die ganze anatomische Nomenclatur umfassendes Elaborat zur endgültigen Annahme wird vorlegen können. In den Vorstand wurden für die nächsten 4 Jahre die Proff. Waldeyer, Kupffer, Merkel und Schwalbe gewählt. Prof. v. Kölliker (Würzburg) wurde einstimmig zum Ehrenpräsidenten der anatomischen Gesellschaft erwählt. Der nächste Anatomen Congress findet vom 17.—19. April 1895 in Basel statt.

— Choleraepidemie. Nach den neuesten officiellen Daten aus den sechs russischen Gouvernements, in denen die Cholera noch herrscht, weist dieselbe eine erhebliche Zunahme in der Stadt Warschau auf, wo vom 1.—7. Mai 19 Erkrankungen und 13 Todesfälle (gegen 4 resp. 2 in der Vorwoche) vorkamen. In den übrigen Orten ist eher eine mässige Abnahme bemerkbar. Es erkrankten und starben vom 8.—14. Mai im Gouv. Warschau 13 resp. 9 Personen, im Gouv. Radom 12 resp. 7 Pers.; im Gouv. Kowno 6 resp. 2 Pers., im Gouv. Petrikau 1 resp. 1 Pers., vom 1—7. Mai im Gouv. Plozk 27 resp. 18 Pers. und vom 4.—11. Mai in Podolien 2 resp. 0 Personen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Mai d. J. 6068 (17 mehr als in der Vorwoche), darunter 249 Typhus — (12 mehr), 658 Syphilis — (8 mehr), 73 Scharlach (1 mehr), 26 Diphtherie — (2 wenig.), 123 Masern — (3 wen.), und 25 Pockenkranke — (1 mehr).

Vacanzen.

Landschaftsarztstelle im Kreise Glasow (Gouv. Wjatka). Gehalt 1200 Rbl. Wohnsitz im Kirchdorfe Balesino. Adresse: «Глазовская Земская Управа.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. Mai 1894.

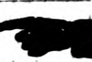
Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
340	268	608	130	69	109	13	8	21	56	55	36	40	35	28	4	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 31, Scharlach 10, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 16 Krankheiten der Verdauungscanals 75, Todtgeborene 21.


ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.


Dr. C. Dapper's **„Neues Kurhaus"**

Bad Kissingen

Eingerichtet zur speciellen Behandlung aller Magen- und Darmkrankheiten, von Diabetes, Gicht, Ernährungs- und Kreislaufstörungen, sowie funktionellen Neurosen. Vorzüglich erhöhte Lage in nächster Nähe des Kurgartens und des Waldes.

Das ganze Jahr hindurch geöffnet. (48) 13—6

Näheres durch Prospekte. **Dr. C. Dapper.**

Frauen-Sanatorium „Quisisana" Baden-Baden für Kur- und Erholungsbedürftige. Familie wird mit aufgenommen. Das ganze Jahr geöffnet. Dirig. Arzt: **Med.-Rath Dr. Baumgärtner.** (75) 20—2

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Soeben erschienen:

Die medicinische Wissenschaft in den Vereinigten Staaten.

Reisestudien von **Dr. S. Placzek**

Nervenarzt in Berlin.

Mit 34 Abbildungen und 3 Tafeln 4 Mark. (80) 1—1

BAD KOHLGRUB

Klimatischer Höhenkurort im bayr. Hochgebirge 900 m. ü. d. M.

Besitzer: **A. M. Faller- C. Buchmüller**

Von ersten ärztlichen Autoritäten empfohlen wegen bekannt vorzüglicher Heilwirkung bei: Blutarmuth, Bleichsucht, Nerven- und Frauenleiden, Rheumatismus und Gicht sowie Erkrankungen der Circulations- und Respirationsorgane.

Saison von 1. Mai bis 15. October

Kur- und Badearzt: Dr. Carl Breitenbach, wohnhaft im Kurhause. Herrliche gesunde Lage, weitgehendster Comfort, bekannt vorzügliche Küche, reine Weine, Münchener Bier vom Fass. Billige Preise. Ausführliche ärztliche Brochüre, Prospecte und Wohnungsauskünfte gratis und franko.

Badeverwaltung Kohlgrub

(45) 5—4 Post und Telegraphenstation «Kohlgrub Bad» im Kurhause.

MARIENBAD

Quellen: Glaubersalz, alkalische, Eisen und Erdsalze enthaltend.

Bäder mit Kohlensäure, Schlamm-, Eisen-, Dampf-, Gas-, heisse Luftbäder, Wasserheilanstalt. — Die Quellen üben den besten Einfluss aus bei Magen- und Leberleiden, Pfortaderstauungen, Blasenleiden, Frauenkrankheiten, Fettsucht, Blutarmuth, Zuckerharnruhr etc.

Eine gedeckte Promenade ist neuerdings erbaut.

Die Stadt wird electrisch beleuchtet.

Saison vom 1. Mai bis zum 31. September.

Besucher 17000, Durchreisende nicht mitgerechnet. Prospecte und Beschreibungen können gratis aus dem Rathhause bezogen werden.

Zum häuslichen innerlichen Gebrauch: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Die Flaschen enthalten ³/₄ Liter.

Natürliche Marienbader Salze gepulvert und crystallisirt (0,862 grm.) Mineralwasser in Flacons à 125 grm. u. 250 grm., oder in Kartondosen à 5 grm.

Pastillen Marienbader Salze enthaltend in Originaldosen gegen Magenleiden und catarrhalische Erkrankungen.

FÜR BADCUREN Marienbader Schlamm, Quellensalzseife, Mutterlauge und Mutterlaugensalze. Diese Präparate kann man in allen Mineralwasserhandlungen, bei allen Droguisten und in grösseren Apotheken erhalten.

(57) 2—2 **Quellenverwaltung in Marienbad.**

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschien: (79) 1—1

DIAGNOSTIK der

Nervenkrankheiten

von

Paul Julius Möbius.

Zweite veränderte und vermehrte Auflage. Mit 104 Abbildungen im Text. gr. 8. 1894. 8 M., geb. 9 M. 25 Pf.



Dr. Hch. WELSCH in Bad Kissingen. Kurarzt seit 15 Jahren. (67) 8—4

Vom 1. Juni ab practiciere ich wieder in **BAD REINERZ.**

San.-Rath Dr. **Secchi.**

San Remo, Mai 1894.

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE.

Ab **Berlin** 4½ Std. 45 täg. **Saisonkarten**, Frequenz 1892: 9395, 1893: 9847. Prospect d. d. **Badeverwaltung.** (66) 10—3

Dr. Levinstein-Schlegelsche Sulfonal- Chloral- und Trional-Wässer.

Exacte Schlafmittel von gutem Geschmack und promptester Wirkung (auf ärztliche Verordnung). Alleinige Bezugsquelle

Dr. A. Vosswinkelsche Apotheke

Kurfürstenstrasse 154. (81)—1

Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

BAD NAUHEIM

PENSION VICTORIA

Besitzerin: Frl. Marie von Ditfurth.

In bester Lage mit Garten, gut und elegant eingerichtete **Kurpension I. Ranges.** Mässige Preise. Ausserhalb Wohnende erhalten Mittagstisch zu Pensionspreis. Prosp. zur Verfügung. (68) 8—4

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Довв. ценз. Спб. 28 Мая 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, 4. (16.) Juni **1894**

Casuistische Mittheilungen aus dem Dorpater Bezirkshospital.

Von

Dr. W. Zoege Manteuffel,

Doc. für Chirurgie.

IV. Resection des Fussgelenkes nach Lauenstein.

(Auszugsweise vorgetragen auf dem V. livländischen Aerztetag.)

Meine Herren! Die Zeit, in der man durch Veröffentlichung einer Operationsmethode unsterblich werden konnte, ist vorüber. Nicht in der Art der Schnittführung liegt die Garantie für das Gelingen einer Resection. Es kann ja bei der Sicherheit, die die Asepsis giebt, jeder nach seiner Façon selig werden. Bei Resectionen complicirterer Gelenke jedoch, wie z. B. des Fussgelenkes, sucht auch die neuere Zeit nach bestimmten Methoden, nicht um sclavisch an denselben festzuhalten, wohl aber um principiell zweien Forderungen gerecht zu werden: möglichst ergiebiger Freilegung der Gelenkkörper und Taschen, möglichster Schonung der Weichtheile, Sehnen, Gefässe etc. Und wenn uns hier ein neuer anatomisch wohlbegründeter Weg gewiesen wird, so glaube ich, dass wir, falls der Weg sich bewährt, dem Finder zu Dank verpflichtet sind.

Wir besassen ja schon eine grosse Anzahl von Operationsweisen zur Resection des Fussgelenkes, dessen complicirte Zusammensetzung jedoch immer neue zeitigte. Nachdem die alten Längsschnitte, die namentlich durch Langenbeck Ausbildung und Verbreitung fanden, wegen des nicht genügend freien Einblickes von Hueter durch einen Querschnitt mit heroischer Durchtrennung aller dorsalen Sehnen zu ersetzen versucht worden war, hatte man doch wieder, um die allzugrossen Nebenverletzungen zu vermeiden, zu Längsschnitten seine Zuflucht genommen. Namentlich König gebührt das Verdienst gezeigt zu haben, wie Erhebliches man mit seiner Schnittführung erreichen kann. Von anderer Seite wurde, gestützt auf die Freiheit, die die Anti- und Asepsis gab, in ganz atypischer Weise bald in dieser, bald in jener Richtung je nach Ort und Art der Erkrankung das Messer ins Gelenk versenkt, so z. B. von Kappeler. Dass aber alle diese Schnitte nicht genügenden Einblick gewährten, oder doch nicht für jeden Fall passten, soweit sie typisch vorgeschrieben waren, dass andrerseits der Wunsch nach feststehender Methodik mit feststehendem Resultat noch immer rege war, zeigen die Versuche von Busch und Hahn, die den Calcaneus von der Sohle aus quer durchtrennen, um ihn nach Exstirpation des Gelenkes wieder zur Vereinigung zu bringen.

Die neueste Zeit brachte wieder neuere Operationsverfahren. So suchte auch Tiling ähnlich wie König den Weg in's Gelenk von zwei Längsschnitten unter Schonung der Bänder durch Abmeisselung der Malleolen. Schmidt empfahl vorderen und hinteren Längsschnitt, ein Verfahren, das ebenfalls Beifall fand. In ein neues Stadium gerieth die Frage, als Reverdin bei einem arthritischen Spitzfuss von einem Längsschnitt am medialen Rande der Achillessehne aus die Weichtheile lateralwärts abpräparirte, die Achillessehne und die des Peroneus durchtrennte und den Fuss medianwärts luxirte.

Wesentlich war es hier der letzte Act, der in Bezug auf Freilegung des Gelenkes von Bedeutung war. Dagegen war die Durchtrennung der Achillessehne und Peronealsehne, die Reverdin nicht wieder vereinigte, eine Schwäche der Methode, die sie über andere die auch nur einem Falle angepasst waren, nicht erhob. Kocher veröffentlichte dann durch Dumont sein Verfahren: lateraler Bogenschnitt hinter der Peronealsehne, Durchtrennung der letzteren, Luxation des Fusses nach innen, Resection, Naht der Peronealsehne etc. Die Kocher'sche Schnittführung giebt etwas wenig Raum, so dass zur Luxation des Fusses eine erhebliche Gewalt angewendet werden muss, weswegen er auch Vorsicht bei diesem Act der Operation empfahl, damit nicht der Malleolus internus abbreche. Eine unerwünschte Beigabe bildet ferner die Verletzung der Peronealsehne. Ist einmal die Prima Int. nicht ganz glatt, giebt es Draineiterung oder dgl. so ist

die Naht der Sehne meist illusorisch, — und solche Zufälle sind doch bei einem schon inficirten Gelenk, namentlich, wo schon Fisteln bestehen nicht immer mit Sicherheit zu umgehen. Aber auch sonst bedeutete die Durchtrennung der Sehne eine Complication, die der sonst vortrefflichen, ergiebigen Einblick gestattenden Operation so manchen Anhänger verscheuchte, so dass das König'sche Verfahren, obgleich es das Gelenk nicht in gleich ergieger Weise freilegte, fast überall geübt und bevorzugt wurde.

Auf dem 19. Chirurgencongress hat nun Lauenstein einen Weg gezeigt, auf dem man das Gelenk soweit eröffnen kann, dass sich der Fuss bequem luxiren lässt ohne dass eine Sehne verletzt wird oder eine Fractur des Malleolus medialis nöthig oder zu fürchten wäre. Es hat also dieses Verfahren die Vortheile des Reverdinschen und Kocher'schen ohne deren Nachtheile. Ich erlaube mir daher Ihnen, meine Herren, diese Operation etwas näher zu schildern, da sie meinem Dafürhalten nach vor allen bisherigen Methoden den Vorzug ergiebigster und weitester Freilegung des Gelenkes bei grösster Schonung gewährt und mir in einigen Fällen vortreffliche Dienste leistete.

Lauenstein kam auf den Gedanken, das Fussgelenk von einem äusseren Schnitt aus freizulegen durch Beobachtung eines Falles von complicirter Luxation des Fusses nach innen. (Supinations-Luxation.)

Er operirt nun etwa folgendermaassen: Hautschnitt auf die Fibulakante, beginnt oben an der Stelle, wo die Fibula zwischen den Bäuchen der Peronei hervortritt, zieht bis zur Spitze des Malleolus fibulae grade abwärts und von hier in flachem Bogen nach vorne, und endigt im Niveau des Talo-naviculargelenkes: Zurückpräpariren der Haut unter Schonung des Periosts und der Peronealsehne, die nach Eröffnung ihres Faches auf stumpfe Haken gegeben wird: Lösung sämmtlicher Weichtheile der Rückseite des Unterschenkels mit grossen Messerzügen von den Knochen. Ebenso wird vorne verfahren, dabei das Talocruralgelenk eröffnet, der Schnitt vorne über dem Talushals vertieft um d. Lig. cruciatum zu durchtrennen und schliesslich unter Supination des Fusses, die am Malleol. lateral. haftenden Bänder mit schmalem Messer durchschnitten. Statt dessen kann man auch den Malleolus mit dem Meissel abschlagen und die Bänder conserviren. Mit mässigem Druck lässt sich jetzt der hohl gelegte Fuss nach innen luxiren. Lauenstein bemerkt, dass an Gefässen nur Vena saphena minor und Art. peronea unter das Messer kommen. Er operirt unter Esmarchscher Blutleere.

In 4 Fällen von Tuberculose des Fussgelenkes, für welches Leiden Lauenstein die Operation vornehmlich empfiehlt, habe ich nach der beschriebenen Art operirt und bin mit der Methode sehr zufrieden.

Obgleich ich bei der Kürze der seit der Lauensteinschen Veröffentlichung verflossenen Zeit natürlich noch nicht über Spätresultate berichten kann, und nur in einem Falle Nachrichten über den Befund nach fünfzehn Monaten zu erlangen waren, glaube ich doch über die Operationsmethode endgültig mir ein Urtheil gebildet zu haben. Denn das Urtheil über die Leistungsfähigkeit einer Operation hängt ja nicht davon ab, ob die Kranken ein Recidiv bekommen oder nicht. Hierfür ist die exacte Ausführung, der Wundverlauf, das Verhalten nach der Entlassung und nicht zum wenigsten auch die Indicationsstellung vor der Operation verantwortlich zu machen.

Ich lasse nun die Krankengeschichten folgen. Desinfection nach Schimmelbusch, Spülung der Wunde mit Kali hypermang. In allen Fällen Jodoformeinpuderung, Ligaturen: Seide — Suturen: Silkworm.

1) Anna Teiw 17 Jahre alt aus Wolmarshof, gegenwärtig Kindermagd im Pastorat Pillistfer, leidet seit vier Jahren an einer Schwellung des linken Fussgelenkes, die anfangs wenig Beschwerde verursachte. Nur nach längerem Gehen zeigte sich eine stärkere Schwellung und Ermüdung. Seit einem Jahr steigerten sich die Beschwerden, so dass das Gehen unmöglich und Pat. arbeitsunfähig wurde. Ab und zu habe Patientin Fieber gehabt. Vater brustleidend, Mutter schwächlich, Geschwister gesund.

Patientin ist von hohem Wuchs, Musculatur, Knochenbau, Fettpolster ziemlich kräftig entwickelt. Gesicht und Schleimhäute etwas blass. An Circulations-, Respirations-, Digestionsapparat nichts Abnormes. Urin enthält keine abnormen Bestandtheile, spec. Gew. 1013.

Die linke untere Extremität erscheint schlanker als die rechte, die Gegend des Fussgelenkes, namentlich an der hinteren Peripherie und hier besonders hinter Malleolus internus geschwollen. Die Haut ist gespannt, von normaler Beschaffenheit. Palpation erweist teigige Schwellung und eine auf Druck besonders schmerzhafte Stelle hinter dem Malleol. internus. Temp. local erhöht. Extension und Flexion nicht ausführbar, Pro- und Supination beschränkt. (In Narkose Flexion und Extension um ca. 15° ausführbar).

Nach einem Versuch mit Jodoformemulsion-Injection am 8. März 1892. Resection nach Lauenstein (Langb. Archiv 40 p. 828) mit Abmeisselung der Malleolen. Nach Luxation kann man das ganze Gelenk frei übersehen. Es findet sich eine synoviale Tuberculose, die überall die Kapsel mit Granulationen besetzt und die Gelenkflächen an ihren Rändern in schmaler Zone überwuchert. An der hinteren Partie der Tibia findet sich nach dem Malleol. medial hin nicht nur der Knorpel arrodirt sondern auch der Knochen etwas tiefer von Granulationen durchsetzt und aufgezehrt. Der bohnengrosse, augenscheinlich secundäre Herd wird mit dem scharfen Löffel ausgeschnitten, die Kapsel mit Scheere und Pincette exstirpirt und kann man dabei tief zwischen die Knocheninterstitien gelangen. Ligatur einiger sichtbarer Gefässlumina. Jodoformeinpuderung, Reposition, Drainage, Trockenverband, Volkmannsche Schiene.

Ohne Esmarchsche Constriction operirt, Blutung gering.

Am 18., sc. nach acht Tagen, Drains und Watte entfernt Prima Intentio, höchste Temperatur 37,4. den 27. sind auch die Drainlöcher verheilt. Stützapparat, mit dem die Kranke gut geht. Kann aber auch ohne Apparat schmerzlos gehen.

Den 28.: Mit der Weisung entlassen den Apparat ein Jahr zu tragen. Geht laut Nachricht vom 24. April 1893 ohne Apparat ohne zu hinken; kann den Fuss beugen und strecken.

Es handelt sich in vorliegendem Falle augenscheinlich um eine primär synoviale Erkrankung und zwar in einem relativ frühen Stadium. Das Resultat ist dem entsprechend denn auch denkbar günstig (15 Monate post operationem). Von der Esmarch'schen Blutleere hatte ich abgesehen, da bei dem wenig vorgeschrittenen Leiden eine stärkere Blutung nicht zu fürchten war, eine Annahme in der ich mich auch nicht täuschte.

Der folgende Fall war ein sehr vorgeschrittener mit ausgedehnter Erkrankung des Scelets namentlich der Unterschenkelknochen. Dennoch gelang es auch hier Dank der ausgiebigen Freilegung des Gelenkes ein durchaus befriedigendes Resultat zu erzielen.

2) Karl Baumann, 20 Jahre alt, aus Dorpat, erkrankte vor sechs Jahren mit starken Schmerzen und Schwellung des linken Fusses, die ihn am Gehen hinderten. Dann trat Besserung ein, so dass er wenn auch hinkend gehen konnte. Seit dem November 1892 Verschlimmerung mit starken Schmerzen und vollständiger Functionsbehinderung. Status vom 16. Januar 1893: Kleiner gracil gebauter Mann berührt beim Gehen mit Krücke und Stock nur flüchtig mit den Zehen des linken Fusses den Boden. Das linke Bein ist abgemagert. Die Gegend des Fussgelenkes etwas geschwollen, Sceletconturen etwas verstrichen. Gegend der Malleolen aufgetrieben. Keine Fisteln, keine Hautröthe. Diffuse Schmerzhaftigkeit. Flexion und Extension fast ganz aufgehoben. In Narkose Excursionen beschränkt.

29. Januar. Operation nach Lauenstein unter Esmarchscher Blutleere. Abmeisselung des Malleolus, straffe schwielige Verdickung der Kapsel. In Talus und Tibiaende mehrere nussgrosse Herde. Entfernung des Erkrankten mit Scheere, Messer und scharfem Löffel. Paquelin-Anschorfung der Knochenwunden. Jodoformeinpuderung. Reposition, Naht, zwei Drains. Verband. Entfernung der Esmarchschen Binde. Noch auf dem Operationstisch blutet der aus steriler Gaze Watte und Holzwolle voluminös und fest angelegte Verband durch. Daher Entfernung des Verbandes — Tamponade der Wunde. Nach 2 mal 24 Stunden Tamponade gewechselt. Am 4. Februar Hautgangraen, Fünfkopekenstück gross über Malleolus lateralis. Höchste Temperatur am 30. und 31. Januar 38.4 und 38.6 Abends, sonst durchweg normal. Die Heilung der gangraenösen Partie nahm ziemlich viel Zeit in Anspruch, so dass Patient



erst nach drei Monaten mit noch Zehnkopekenstück grosser oberflächlicher Granulationsfläche über dem Malleolus mit Stützapparat entlassen werden konnte. Flexion und Extension in geringer Excursion schmerzlos. Kann gut auftreten.

In diesem Fall hatte ich geglaubt, da der Kranke etwas elend war, die Blutleere nicht entbehren zu können, zumal bei der stärkeren Schwellung und Schmerzhaftigkeit eine erheblichere Blutung zu erwarten war. Darin hatte ich mich nun allerdings nicht getäuscht, erhielt den Beweis dafür aber in recht unangenehmer Weise. Wenn ich gleich tamponirt hätte, wäre vielleicht keine Durchblutung erfolgt. Doch glaube ich diese nicht blos auf die von Lauenstein namhaft gemachten Gefässe und auf das verletzte Knochenmark etc. zurückführen zu müssen. Vermuthlich habe ich jene Anastomose, die die Art. tib. postica mit der peronea verbindet, durchschnitten. Es passirt das, wie der folgende Fall lehrt, auch wenn man sich ziemlich dicht an den Knochen hält, recht leicht.

Meist ist die Arterie nur dünn, kann aber auch relativ stark sein. Ich sah mich daher veranlasst lieber in Zukunft auf Blutleere zu verzichten, wenn ich keine Tamponade anwenden wollte. Die Randnekrose, die bei ihrer ungünstigen Lage über dem abgetrennten Malleolus zum Bedenken Veranlassung gab, es möchte der ganze abgemeisselte Malleolus zu Grunde gehen, führte nur zu oberflächlicher Abstossung einiger Sehnenfetzen (lig. lat. und Theile der Peronealsehne). Vielleicht hatte ich beim Wechsel nach der Nachblutung den Verband etwas zu fest angelegt, vielleicht spielte hier auch die Gefässverletzung eine Rolle. Wesentlich wurde die Nekrose wohl bedingt dadurch, dass der durch einige Periostnähte anfangs glatt fixirte Malleolus bei der Tamponade verschoben war und sich jetzt gegen die hier so dünne Haut vorstülpte und sie zur Nekrose brachte, alles Vorkommnisse, die mich veranlassten für die Zukunft den Malleolus intact zu lassen und lieber die Ligamente zu durchschneiden da ich Lauenstein in seiner Ansicht über die Ausheilung solcher Bandverletzungen durchaus beipflichte.

3) Anton Kukanaus 45 Jahre alt, aus Kowno, erkrankte vor 1½ Jahren mit Schmerzen im linken Fuss. Allmählich gesellte sich eine leichte Schwellung hinzu; unter Fieber und Röthung der Geschwulst trat Verschlimmerung ein, die jedoch wieder wich. Gegenwärtig kann Patient mit dem Fuss so gut wie garnicht auftreten und empfindet heftige Schmerzen. Status vom 2. März 1893. Gracil gebauter Mann mit reducirter Muskulatur und atrophischem Fettpolster.

Die linke untere Extremität abgemagert. Der linke Fuss steht in Equinus-Stellung und ist adducirt. Die Gegend des Sprunggelenkes erscheint verdickt, die Grenzen zwischen den einzelnen Knochen und die Gruben an den Malleolen verstrichen. Extensorensehnen nicht sichtbar. Die Haut glatt, gespannt — sonst normal. Die Schwellung fühlt sich derb an. Druckempfindlichkeit über dem Talus und beiderseits unter den Malleolen. Bewegungen vornehmlich in der Richtung der Dorsalflexion beschränkt. Passive Plantarflexion fast frei. — Erkrankt erschienen somit Calcaneus und Talus. 5. März Operation nach Lauenstein ohne Blutleere und ohne Abmeisselung des Malleolus. Entleerung erheblicher Mengen trüben flockigen Eiters und tuberculöser Membranen. Entfernung des in toto erkrankten Talus, eines grösseren Theiles des Calcaneus mit Meissel und Löffel, von Tibia und Fibula ebenso alles Kranke abgetragen.

Die zugeschnittene Unterschenkelgabel legt sich recht gut, nach Abtragung des grössten Theils des Malleolus, über den Calcaneus. Knochenwunden mit dem Paquelin verschorft. Unterbindung mehrerer kleiner Gefässe, darunter auch jener Anastomose. Da es nicht unerheblich aus den Knochenwunden blutet: Jodoformtamponade.

8. März. Verband durchgetreten. Beim Wechsel erscheint der Verband von aussen inficirt, so dass die äusseren Schichten feucht und verfärbt sind und stinken. Diese Veränderung erstreckt sich durch die Holzwollekissen und die hygroskopische Watte bis in die obersten Compressen, in denen noch eine kleine Stelle feucht erscheint, wenngleich sie nicht riecht und kaum verfärbt ist. Die in dicker Lage der Wunde anliegenden übrigen Compressen vollständig trocken, Tamponade und Wunde rein. Tampons entfernt, Schluss der Wunde ohne Drain. Volkmannsche Blechschiene. Keine Temperatursteigerungen. Am 20. April sc. nach sieben Wochen, mit Verkürzung von 4 Cm geheilt mit Stützapparat entlassen.

Der dritte Fall war bei weitem der vorgeschrittenste. Ich konnte mich bei der Operation schon davon überzeugen, dass es aus den Schnitten doch nicht unerheblich blutete. Trotz aller Achtsamkeit konnte ich eine Verletzung jener Anastomose nicht vermeiden. Alle spritzenden Gefässe wurden jedoch leicht unterbunden, sobald man die Wunde nur gehörig mit Haken auseinander zog. Die Tamponade konnte ich aber trotzdem nicht entbehren wegen der Knochenblutung.

4) Jürri Usbeck 25 Jahre alt, ziemlich kräftiger Mann von etwas blassem Aussehen, giebt an, dass sein linker Fuss vor einem Jahr allmählich, ohne dass ein Trauma vorausgegangen wäre, zu schmerzen begann, welche Beschwerde sich bald so steigerte, dass das Auftreten unmöglich wurde. Vor einem halben Jahr begann der Fuss zu schwellen.

Status: Lungen, Herz, Nieren normal. Der linke Fuss namentlich in der Gegend der Malleolen stark geschwollen: die Gruben und Conturen verstrichen, Haut gespannt, leicht geröthet und heiss. Keine Narben. Die Schwellung fühlt sich teigig an. Schmerzpunkte an beiden Malleolen, Sinus tarsi Talus und bei Druck auf die Ferse. Flexion und Extension activ und passiv ohne Narkose nicht ausführbar.

22. April 1893 Resection nach Lauenstein: ohne Blutleere, Erhaltung des Malleolus. Es finden sich tuberculöse Herde in Tibia, Fibula und Talus. Gelenkflächen der angrenzenden Tarsalknochen zerstört. Absägung der Gelenkenden von Fibula und Tibia. Abtragung des Taluskopfes mit Meissel und Messer, der übrigen erkrankten Partieen mit Scheere, Löffel etc. Verschorfung der Knochenwunden mit dem Paquelin. Blutstillung, 4—5 Ligaturen, Vereinigung der Wunde, Drain, Jodoform, Verband, Volkmannsche Schiene, Hochlagerung, Eisbeutel. 29. Juni Entfernung des ziemlich vollgelaufenen Verbandes, der trocken und rein erscheint. Drains entfernt, typisches Gerinnsel, Prima int. höchste Temperatur am 2. Tage post operationem 38,1.

Am 3. Sept., dem Aerztetage, geheilt entlassen.

Gegenüber der Lauenstein'schen Operation hatte ich, bevor ich sie am Lebenden versuchte, drei Bedenken: Erstens fürchtete ich eine wenigstens unbequeme Blutung, weil der Schnitt in der Richtung der meisten Gefässe der Gegend verläuft und daher ein Anschneiden der Gefässe a priori unvermeidlich erschien. Auf diesen Umstand glaube ich auch die im Verhältniss zur Grösse der unter das Messer kommenden Gefässe nicht unbedeutende Blutung zurückführen zu müssen. Dass die Esmarch'sche Blutleere dem nicht abhilft, ist klar, und würde ich dieselbe auch an diesem Gelenk nicht empfehlen. Rasches Fassen und Unterbinden spart meiner Ansicht nach mehr Blut als die Constriction. Wer das Gesunde vom Kranken in Blutleere besser zu unterscheiden glaubt, mag sie anwenden, dann aber vor Schluss der Wunde den Schlauch lösen und die spritzenden Gefässe unterbinden. Ein zweites Bedenken war ferner, dass ebenso wie bei der Kocher'schen Operation der Malleolus internus mal abbrechen könnte. Ich gebe zu, dass ein solcher Zufall am Ende nicht von so sehr schwerwiegender Bedeutung wäre. Er ist aber thatsächlich bei der Länge des Schnittes und wenn man die Bänder, namentlich an der vorderen Fläche des Gelenkes gut durchschneidet, nicht zu fürchten. Will die Luxation nicht gleich gelingen, so hilft manchmal (III u. IV) Verlängerung des Bogenschnittes nach vorne bis auf's Os cuboideum. Dann sieht man bei dem jetzt weiten Klaffen der Wundränder das Hinderniss und kann es unter Controlle des Auges beseitigen.

Drittens und vor Allem fürchtete ich, dass bei der an der inneren Seite des Fusses mit Nothwendigkeit zu erwartenden Zusammenkrempelung und Faltung der Weichtheile eine genaue Revision dieser Gegend nicht gut möglich sei. Bei der Kocher'schen Schnittführung ist diese Gegend bei der immerhin grossen Spannung der Schnittränder nicht besonders gut zu erreichen. Dafür kann vielleicht auch das Recidiv in dieser Gegend bei dem III. Kocher'schen Kranken (vergl. Dumont) sprechen. Bei



der Länge des Lauenstein'schen Schnittes kann man jedoch die Weichtheile so weit auseinander ziehen, dass auch am Malleolus medialis und an der medialen Fläche des Talus selbst bei Erhaltung des ganzen Sceletes alles auf's Beste zu übersehen ist. Müssen wir auch den Talus oder einen Theil desselben, oder die Unterschenkelgabel entfernen, so ist der Zutritt zu jenen Gegenden breit offen.

Die Bedenken, die ich anfangs hatte, erwiesen sich somit als zum grössten Theil unbegründet. Dagegen beobachtete ich bei der Luxation wiederholt eine Ablösung des Periosts der Tibia an der hinteren und vorderen Fläche. Waren Periost und Knochen wenig verändert, wie im ersten Falle, so trat die Ablösung nicht ein. War dagegen das erstere succulent und aufgelockert, der letztere porotisch, so erreichte sie oft nicht unerhebliche Ausdehnung. Trotzdem kann ich ihr eine erhebliche Bedeutung nicht beimessen, da sie in keinem Fall die Heilung störte.

Nach all Diesem muss ich die Resection des Fussgelenkes nach Lauenstein als beste bei Tuberculose dieses Gelenkes ansehen. Sie ist nicht für einen Fall construirt, sondern man hat nach der Luxation die Möglichkeit so ziemlich alle Theile des oberen und unteren Sprunggelenkes zu erreichen. Für den letzteren Fall schlägt Lauenstein vor, den Talus in der Gabel des Unterschenkels sitzen zu lassen und sub talo zu luxiren. Bei alledem schont sie in der Schnittführung alle Sehnen, der lange Weichtheilschnitt gestattet weites Auseinanderziehen und daher weiten Einblick und heilt ohne Störung.

Die anatomische Leistungsfähigkeit dieser Operation ist somit die denkbar grösste bei grösstmöglichster Schonung functionell wichtiger Theile.

Referate.

Monart: Eine kleine Epidemie von typhoidem Fieber beruhend auf Wasserverhältnissen (d'origine hydrique). (Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires 1894. 1. Janvier.)

Ende des Monats November 1892 trat plötzlich im 13. Linien-Regiment ein typhoides Fieber auf, ohne dass die gewöhnlichen gastrointestinalen Störungen vorhergegangen waren. Den 24. November traten 3 Mann in's Krankenhaus, den nachfolgenden Tag wieder 3 Mann und ausserdem waren noch 4 Mann plötzlich an derselben Krankheit erkrankt, so dass die Zahl im Ganzen 10 betrug. Eine genaue Besichtigung der Kasernen erwies die besten hygienischen Verhältnisse. Bei fortgesetzter Nachforschung nach der Grundursache erwies es sich, dass auch Einwohner in der Umgegend der Kasernen theils nur erkrankt, theils der Krankheit erlegen waren, dass aber besonders eine Trinkstube als Ansteckungsort gedient hatte. Die letztere lag im Centrum des vom Typhoid-Fieber ergriffenen Häusercomplexes und zwar wurde hier das Wasser zum Genuss aus einem im Hof gelegenen Brunnen, der niedriger als die umliegenden Senkgruben angelegt war, entnommen, und ebenso hatten die erkrankten Bürger auch das Trinkwasser aus ähnlichen Brunnen geschöpft. — Als auf Befehl der Behörde die Brunnen geschlossen wurden, erlosch die Epidemie sofort. Eine bakteriologische Untersuchung des Wassers aus 3 Brunnen, die von Dr. Vaillard ausgeführt wurde, ergab keine Typhusbacillen, wohl aber einen Ueberfluss von Bacterium coli commune; der letztere Befund dient wohl als Beweis, dass das Wasser mit Fäcalmassen verunreinigt war und legt die Ursache der Typhoidal-Erkrankung klar dar. — Ausser den gen. Fällen, d. h. 10 Erkrankungen, von welchen 2 gestorben, waren nach dem Bericht der Civilärzte noch 13 Privatpersonen am Typhoidal-Fieber erkrankt. Grimm.

E. Luther: Ueber die Gonorrhoe beim Weibe. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. Nr. 82/83.)

Seit der im Jahre 1879 erschienenen Abhandlung Neisser's ist durch zahlreiche Arbeiten (Nöggerath, Bumm, Wertheim u. A.) sowohl die Thatsache gefördert worden, dass der Gonococcus der Krankheitserreger der Gonorrhoe ist, als auch der Nachweis geliefert worden, dass derselbe nicht nur in das Cylinderepithel eindringt, sondern auch das Plattenepithel, selbst das geschichtete, zu durchdringen und in tiefer liegenden Gewebsschichten seine deletäre Wirkung zu entfalten im Stande ist. Von den verschiedenen Ansiedelungsgebieten der Gonorrhoe beim Weibe wird die Urethra recht häufig befallen. Die günstigen anatomischen Verhältnisse bringen es mit sich, dass die Erkrankung derselben eine relativ harmlose ist und auch selten eine Betheiligung der oberhalb gelegenen Abschnitte des Harnapparates veranlasst. Geht der Process weiter, so können Pyelitis und Pyonephrose, selbst mit letalem Verlaufe, die Folgen sein.

Verhältnissmässig wenig beobachtet und selten diagnosticirt ist die Rectalblenorrhoe und doch verdient sie einige Beachtung, weil sie bei der Frau, in Folge der anatom. Verhältnisse, eine grössere Rolle spielt als beim Manne. Die gonorrhoischen Mastdarmgeschwüre sind wenig charakteristisch und können zu Verwechselung mit syphilitischen Affectionen führen. Bedeutende Stricturen und Fisteln können Folgezustände der Gonorrhoe sein.

Die Vulva wird meist gleichzeitig mit der Urethra inficirt. Besonders häufig werden die Vulvo-Vaginaldrüsen (Bartholinische) ergriffen und kann aus einer leichten Sichtbarkeit der Ausführungsgänge stets auf eine stattgehabte Gonorrhoe geschlossen werden (macula gonorrhoica). Obgleich die Vagina mit ihrem sauer reagirenden Secrete kein günstiger Nährboden für den Gonococcus ist, (Döderlein) so kommt es in seltenen Fällen doch zu einer alleinigen Erkrankung der Scheide, in Sonderheit der Scheidengewölbe. Die chronische Form der Vaginitis entsteht meist erst secundär durch Infection vom Cervix aus. Bei Kindern kommt im Anschluss an acute Exantheme, eine gonorrhoische Vulvo-Vaginitis besonders häufig vor.

In den Cervix und Uterus gelangt der Infectionsstoff meist direct beim Coitus; die Gonococcen finden in den Drüsen und Ausbuchtungen der Schleimhaut einen guten Schutz vor den therapeutischen Eingriffen und documentiren ihre Anwesenheit durch zeitweilige acute Exacerbationen des Leidens.

Das Weiterschreiten der Entzündung vom Cervix auf den Uterus ist nach Ansicht des Verf. durch die den Gonococcen selbst innewohnenden Eigenschaften zu erklären.

Die Möglichkeit eines Uebergreifens auf die Adnexe und das Bauchfell macht die Gonorrhoe des Weibes zu einem besonders gefährlichen Leiden. Eine Fortpflanzung der Infection ist möglich: a) per continuitatem (entlang der Schleimhaut bis zu den Tubenostien und darüber hinaus) b) per contiguitatem (durch die Wand des Cervix, des Uterus, der Tuben in das Para- und Perimetrium; meist den Lymphbahnen folgend) auf dem Wege der Blutbahnen. Dass bei der Gonorrhoe Metastasen durch die Blutbahnen relativ selten beobachtet werden, erklärt Verf. dadurch, dass die Leukocyten, in welche die Gonococcen eingedrungen sind, ihre eigene Fortbewegungsfähigkeit einbüssen und in Folge des rapiden Wachsthums der Coccen so anschwellen, dass sie den Weg durch die Stomata der Capillaren nicht mehr zurückfinden können, mithin auch nur durch Zufall wieder in die Blutbahn gelangen. Die Weiterverbreitung auf dem Wege der Continuität ist ein recht häufiger und natürlicher Modus, doch ist neuerdings (Wertheim) auch die nicht seltene Weiterverbreitung der Infection auf dem Wege der Contiguität festgestellt worden. Ein Verschluss des abdominalen Endes der Tube ist demnach noch nicht gleichbedeutend mit einem Stillstand der Erkrankung. Zum Ovarium gelangen die Gonococcen entweder durch die vom Keimepithel überzogene Oberfläche oder durch den Hilus längs dem Lig. latum.

Puerpero-gonorrhoische Erkrankung und Mischinfection. Im Lochialsecret kommen Gonococcen nicht selten vor; dieselben vermehren sich nicht nur während der Schwangerschaft, sondern auch im Wochenbette sehr schnell. Eine frische, während des Puerperiums erfolgende Gonorrhoe ist meist von sehr schlimmer Bedeutung. Von einer Mischinfection kann nur dann gesprochen werden, wenn thatsächlich neben den Gonococcen die Anwesenheit anderer pyogener Mikroorganismen nachgewiesen werden kann.

Die Diagnose der acuten Gonorrhoe ist in Folge der meist charakteristischen objectiven und subjectiven Symptome leicht zu stellen und durch mikroskopische und bakteriologische Untersuchung zu befestigen. Weniger leicht ist die Erkennung der subacut und chronisch verlaufenden Fälle. Die Symptome sind hier häufig wenig charakteristisch und die Bestätigung der klinischen Diagnose durch den Coccennachweis fällt oft negativ aus. Wichtig ist der Nachweis von spitzen Condylomen, welche an der Vulva und in der Vaginal- und Rectalschleimhaut ihren Sitz haben. Der Befund an Gonococcen ist nur positiv beweisend. Beachtungswerth sind ferner die bleibenden Veränderungen an den Ausführungsgängen der Bartholinischen Drüsen. An der Urethra und ihren Wandungen bleiben oft Spuren überstandener Gonorrhoe zurück. (Röthung der Mündung, Verdickung der Wandung.) Der in frischen Fällen typische gelbgrüne Ausfluss ist im chronischen Stadium weniger charakteristisch, doch ist ein gelblicher Ausfluss bei fehlender Erosion oder organischer Erkrankung der Portio meist bewei-



send. Subjective Symptome und Störung der Menstruation sind nicht maassgebend, wichtiger ist eine recidivirende Perimetritis oder Pelveo-Peritonitis. Für die gonorrhoische Peritonitis ist es charakteristisch, dass sie mit stürmischen Erscheinungen, heftigen Schmerzen und Bildung eines oft grossen Exsudates eintritt, um nach wenigen Tagen mit Hinterlassung des Exsudates in den anderen Symptomen schnell eine Besserung eintreten zu lassen.

Die Prognose ist selbst bei den harmlosen Formen nie zu leicht zu stellen; sie darf niemals sicher gestellt werden.

Therapie. In frischen Fällen hat man sich zunächst auf eine Behandlung der Vagina zu beschränken um nicht den gesunden Uterus zu inficiren. Auch in den nicht mehr acuten Fällen muss man vorsichtig mit der Uterusbehandlung sein. Bestimmte Angaben für den Beginn der Behandlung des Uterus lassen sich nicht aufstellen. Deutliche objective und subjective Symptome von Seiten der Adnexe und des Peritoneum sollten, wenn nicht als Gegenanzeige, so doch stets als Warner dienen. Die Adnexerkrankungen sind entweder symptomatisch oder operativ zu behandeln.

Bei Anwendung von Sitzbädern 2—3 mal täglich, Vaginaldouchen mit schwachen Sublimat- oder 1‰ Kupfersulfatlösungen, Jod- und Glycerintampons, Ruhe, flüssiger Diät und Regelung des Stuhles wird die Vagina bald zur Norm zurückkehren. Hält trotzdem der Ausfluss aus dem Cervicalkanal an, oder ist Endometritis nachgewiesen, so muss man Uterusspülungen mit schwachen desinficirenden Lösungen anwenden. Das Curettement bei gonorrhoischer Endometritis und Metritis mit nachfolgender Jodanwendung wird von Manchen warm empfohlen, von anderen verworfen. Sind schon die Tuben und das Bauchfell ergriffen, so ist vor dem Klimakterium meist nur von einem operativen Eingriff dauernder Erfolg zu hoffen. Ueber den Werth der Methode, die Pyosalpinx von der Scheide her zu incidiren und zu drainiren, sind die Autoren noch nicht einig. Nach der Laparotomie hören nur in 50—60 pCt. der Fälle alle Beschwerden sofort auf. 10 pCt. behalten ihre Beschwerden, die übrigen werden relativ gebessert.

Dobbert.

Kendal Franks: Fibröse Strictur des Oesophagus, behandelt mit Gastrotomie und retrograder Dilatation. (Annals of surgery 1894, April.)

Seit Loreta's Publication vom Jahre 1883 ist die retrograde Dilatation von Oesophagusstricturen 21 mal ausgeführt worden. Die Indication ist gegeben, wenn eine gutartige (narbige) Strictur vom Munde her nicht regelmässig sondirt werden kann, was namentlich dann eintritt, wenn oberhalb der Verengerung der Oesophagus zu einem weiten Sack ausgedehnt ist, an dessen Boden die enge in die Strictur führende Oeffnung nur durch einen glücklichen Zufall hin und wieder von der Sonde getroffen wird. Bei der Sondirung vom Magen her kann man verschieden vorgehen. Loreta eröffnete den Magen, führte unter Leitung des Fingers einen Dilatator durch die Cardia in die Strictur, dehnte letztere gewaltsam, so dass sich nun die Sondirung vom Munde aus leicht ausführen liess, und schloss die Magenwunde und die Bauchhöhle sofort wieder. In dieser Weise ist im Ganzen 8 mal operirt worden. In den übrigen 13 Fällen hat man zunächst eine Magenfistel angelegt und von dieser aus durch methodisches Sondiren die Strictur erweitert. Verf. zieht im Allgemeinen die Loreta'sche Operation vor, weil die Kranken nur einmal operirt zu werden brauchen, von den Inconvenienzen der Magenfistel verschont bleiben und weil man von der Magenfistel aus die Cardia viel schwerer erreicht. Nur in den Fällen, wo wegen Stenosirung des Oesophagus in grösserer Ausdehnung die Dilatation in einer Sitzung unmöglich ist, sei die Methode mit Gastrostomie vorzuziehen. — In dem Fall, den Franks behandelte, sass die vom Munde her nicht passirbare Strictur 3 Zoll über der Cardia. Laparotomie in der Mittellinie, Eröffnung des Magens ungefähr in der Mitte zwischen beiden Curvaturen und zwischen Cardia und Pylorus. Nach Ausspülung des Magens und Tamponade der Umgebung ging F. mit dem Zeigefinger in den Magen ein, passirte die Cardia und erreichte eben die Strictur. Längs dem Finger führte er sodann einen zweiblättrigen Harnröhrendilatator durch die Strictur, dehnte diese zuerst von vorn nach hinten, dann von rechts nach links so weit als es möglich war. Jetzt liess sich vom Munde her leicht eine Sonde in den Magen schieben. Mit Hilfe eines an das untere Ende der Sonde befestigten Seidenfadens liess sich nun ein Gazetampon in die Strictur ziehen; derselbe wurde nach einigen Stunden zum Munde herausgezogen. Sofortiger Schluss der Magen- und der Bauchwunde. In den ersten Tagen Ernährung per Clysma, dann per os; methodisches Sondiren vom Munde aus, das jetzt ohne alle Schwierigkeiten gelang. Nach 18 Monaten befindet sich Patientin vollkommen wohl. — Zum Schluss sind die übrigen 20 Fälle, die F. in der Literatur hat auffinden können, tabellarisch zusammengestellt; kein der Operation zuzuschreibender Todesfall und kein Misserfolg ist zu verzeichnen.

Wanach.

Evans (London): Cirrhosis hepatis alcoholica bei einem Kinde von $3^3/_4$ Jahren. Ascites. Meningitis. Exitus letalis. (Lancet 20 Jan. 1894. — Allgem. medic. Cztg. Nr. 27.)

Der Fall ist in vieler Hinsicht von grossem Interesse; zunächst schon als Beispiel einer frühzeitigen alkoholischen Lebercirrhose, wobei der Ascites mit Erfolg punctirt wurde; dann aber beweist der Fall die Verantwortung, welche man bei der Anwendung des Alkohols als Heilmittel hat. Das Kind war bis zu Ende des 1. Lebensjahres niemals krank gewesen, bekam dann eine heftige Bronchitis; der Arzt verordnete täglich Cognac für 20 Pfennige (Dosis nicht angegeben.) Nach 14 Tagen besserte sich der Zustand des Kindes, die Mutter gab aber trotzdem den Cognac immer fort, da sie die Dosis nicht zu gross fand. Allmählich begann dann das Kind über Schmerzen in der Brust und im Leibe zu klagen, der Leib fing an anzuschwellen; Die Urinmenge wurde sehr gering. — Bei der Punction des Leibes entleerte E. 3 Liter klarer Ascitesflüssigkeit. Nach der Punction sammelte sich die Flüssigkeit langsam wieder an, so dass nach einem Monate eine 2. Punction vorgenommen werden musste, wobei $1^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert wurde. Darauf trat Besserung ein. Nach 6 Monaten ging das Kind an Basilarmeningitis zu Grunde. Bei der Section fanden sich in der Peritonealhöhle nur sehr geringe Flüssigkeitsmengen. Die Leber wog über 700 g. und war mit dem Zwerchfell verwachsen. Auf dem Durchschnitt zeigte sich das Bild der cirrhotischen Leber.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Schaefer: Anatomischer Atlas der geburtshülflichen Diagnostik und Therapie. München 1894, Verlag von Lehmann.

In knapper Form wird in dem Buch die ganze Geburtshülfe mit Ausnahme des Geburtsactes, der in einem früheren Bändchen beschrieben wurde, dargestellt und durch 145 meist farbige Abbildungen illustrirt. Die Abbildungen sind meist gut gelungen, unter ihnen eine grosse Zahl von Originalzeichnungen nach Präparaten der Münchener Klinik. Einige Raritäten beanspruchen besonderes Interesse. Gar zu schematisch oder ihrem Zweck nicht entsprechend sind nur wenige Abbildungen, es sei hier nur auf Fig. 95, 113 und 109 hingewiesen. In Bezug auf den Text hält Ref. die zahlreichen Literaturangaben, die doch nicht vollständig sind, für überflüssig. Der von ihnen eingenommene Raum könnte in einer nächsten Auflage zur Erweiterung der sehr knappen Textangaben verwerthet werden.

Die Vorzüge des Buches versprechen demselben eine weite Verbreitung. Dem praktischen Arzt und Nichtspecialisten kann dasselbe gute Dienste leisten. Die Ausstattung des Buches ist eine durchaus gute. W. Beckmann.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 2. Februar 1894

1. Dr. Paul Klemm stellt einen Kranken vor, der vor einiger Zeit durch Gangrän die ganze Scrotalhaut verloren hatte, so dass wie Vortragender an einer Zeichnung demonstrirt — die beiden Testikel frei zu Tage lagen. Trotzdem ist der grosse Defect ohne irgend welche plastische Operation gut verheilt, indem die granulirenden Flächen einfach durch Heftpflasterstreifen zusammengezogen wurden.

2. Dr. Thilo hält seinen Vortrag über die Behandlung des Klumpfusses. Vortragender legt eine Schiene vor, die er seit 7 Jahren zur Beseitigung einiger fehlerhafter Stellungen des Fusses verwendet. Anfangs benutzte Dr. Th. diese Schiene nur zur Beseitigung des Spitzfusses. Der Fuss ruht in der Schiene mit der Spitze auf einem Metallbogen und durch einen Riemen der über den Rücken des Fusses verläuft, kann ein Zug ausgeübt werden, welcher den Hacken nach unten drängt. Durch Hinzufügung von Seitenzügen und Seitenstützen wurde aus der Spitzfussschiene ein Apparat, mit dem es gelang auch Klumpfüsse und Plattfüsse zu corrigiren. Der erste auf diese Art corrigirte Klumpfuss war ein paralytischer Klumpfuss bei einem zehnjährigen Mädchen aus der Abtheilung des Herrn Dr. Holst im Stadtkrankenhause zu Riga. Dieser Fall wurde im Januar 1888 in unserem Verein vorgestellt. Seit jener Zeit wurde die Schiene bedeutend vervollkommnet und zur Nachbehandlung von Fracturen-Paralysen und angeborenen Leiden benutzt.

Dr. Thilo ist in Uebereinstimmung mit Sayre, Hoffa und anderen gegen eine forcirte Correctur. Er schliesst sich Hoffa ganz an, wenn er sagt, «dass man gut thut, die Correction



des Klumpfusses nie auf einmal zu erstreben, dass man vielmehr zuerst die Correction der Adductionsstellung des Fusses, dann die Supinationsstellung desselben und erst in letzter Linie die der Plantarflexion vornimmt» (wörtlich). Der vorgestellte Fall, ein Kind von 12 Monaten, war vier Monate behandelt. Am Anfange der Behandlung konnte nur mit Mühe der Fuss in die Schiene gelegt werden, da er mit dem äusseren Rande sich gegen die Sohlenstütze lehnte, jetzt legt die Mutter des Kindes, eine Bauernfrau, ihn mit Leichtigkeit zweimal täglich in die richtige Stelle in die Schiene, und entfernt ihn wieder aus derselben, reibt und wäscht ihn und macht Bewegungen. In Folge dessen ist der Fuss auch im Wachsthum nicht zurückgeblieben. Die Rotation nach innen und die Adduction sind schon übercorrigirt. Die Spitzfussstellung wurde noch wenig in Angriff genommen.

Ferner zeigt Dr. Thilo Sohlenerhöhungen aus Metallbögen, die er an Stelle der dicken Korksohlen verwendet. Drittens stellt Dr. Thilo einen Knaben von 14 Jahren vor, der nach Angabe der Mutter im 6. Lebensjahre nach Scharlach an einer schweren eitrigen Kniegelenkentzündung erkrankte, welche durch eine längere operative Behandlung in einer Klinik bis auf einen kleinen Fistelgang beseitigt wurde. Da aber nach dem Verlassen der Klinik die Eltern nichts mehr für die Behandlung verwendeten, so trat eine spitzwinkelige Contractur ein, welche den Knaben nöthigte mit der Krücke 4 Jahre zu gehen. Mit Hilfe einer Schiene, die Dr. Thilo vorlegt, gelang es in einem Monate das Bein so weit zu strecken, dass Patient ohne Krücken gehen konnte.

Dr. Thilo verliest einige Stellen aus einem Aufsatz, den er in der Zeitschrift für ärztl. Polytechnik veröffentlicht hat unter dem Titel: Breite Sohlen gegen das Umklappen des Fusses. Er legt einige von ihm ersonnene Sohlen, und nach seinen Angaben angefertigte Stiefel vor. (Autoreferat.)

In der Discussion bemerkt Dr. P. Klemm, dass er der Dr. Thilo'schen Schienenbehandlung keine Vorzüge einräumen könne. Im Gegentheil glaubt er bei Kindern unter 6 Jahren mit einfacheren Methoden mehr erreichen zu können, wie z. B. durch häufige manuelle Correction der fehlerhaften Fussstellung mit nachfolgender Fixation während der Nacht durch Holzsohlen, welche durch Heftpflasterstreifen fixirt werden, bei gleichzeitiger Massage am Tage. Einen principiellen Fehler müsse er in dem Vorgehen Dr. Thilo's sehen, die Spitzfussstellung nicht gleich im Beginn der Behandlung zu corrigiren, indem die bei diesem Verfahren unausbleibliche Retraction der Wadenmusculatur später sehr schwer zu beseitigen ist.

Dr. Bergmann schliesst sich den Ausführungen Dr. Klemm's an und meint, dass Dr. Thilo entschieden mit Unrecht die Behandlung mit dem Gypsverband so sehr verwerfe. König z. B., welchem eine grosse Erfahrung in dieser Frage nicht abzusprechen ist, trete warm für diese Methode ein. Der Verband müsse nur öfter abgenommen und diesem Umstande Rechnung tragend construirt werden.

Dr. Böhlendorf glaubt ebenfalls in den leichteren Fällen bei Kindern mit einfachen Methoden mindestens dasselbe erreichen zu können. Die Hauptsache bei einer rationellen Behandlung ist es, dass durch dieselbe Rechnung getragen werde dem von Wolff aufgestellten Transformationsgesetze der Knochen. Seiner Ansicht nach könne man dieses am vollkommensten durch einen abnehmbaren Gypsverband erreichen. Die schweren Fälle Erwachsener trotzen mitunter jeder Behandlungsmethode.

Dr. P. Klemm kann der letzten Aeusserung Dr. Böhlendorf's nicht zustimmen, da durch die blutigen Operationen auch in den schwersten Fällen oft auch günstige Resultate zu erreichen sind.

Dr. Thilo erwiedert, dass ihm fern gelegen habe, den Nutzen anderer Methoden zu bezweifeln. Seine demonstrirte Schiene habe er, wie schon betont, zuerst gerade zur Behandlung des Spitzfusses erfunden, und könnte er daher auch diese fehlerhafte Stellung mit derselben gleich im Anfange corrigiren, wenn er es nicht principiell für falsch hielte. Er habe nur zeigen wollen, dass durch seine Schienenbehandlung, welche er für überaus einfach und leicht controlirbar halte gute Resultate zu erzielen sind, wie ja die Collegen sich schon jetzt an dem vorgestellten Kinde überzeugen könnten. Wenn er dasselbe Kind nach einigen Monaten, wie er hoffe, vollständig gesund vorstellen wird, dürften ihm die Collegen wohl Recht geben.

D. v. Secretär: Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Am 26. Mai beging Rigaer Blättern zufolge der dirigirende Arzt der therapeutischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses, Dr. Paul Hampeln, sein 25-jähriges Doctorjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Beweise der Hochachtung und Anerkennung seitens der Collegen, Freunde und Patienten zu Theil wurden. Im Namen der Rigaer Gesellschaft praktischer Aerzte sprach der d. z. Präsident derselben Dr. Joh. Kraunhals dem Jubilar den Dank und die Anerkennung seiner Collegen aus für die reiche wissenschaftliche Anregung und Förderung, die sie durch ihn erfahren. Sodann beglückwünschte Dr. Heerwagen den Jubilar im Namen seiner gegenwärtigen und früheren Assistenten am Stadtkrankenhause und überreichte als sichtbares Zeichen ihrer Dankbarkeit ein kostbares Album, das Ansichten des Rigaer Stadtkrankenhauses und die Photographien seiner gegenwärtigen und früheren Assistenten, sowie der leitenden Aerzte am Stadtkrankenhause enthält. Am Abend fand in den Räumen des Wöhrmannschen Parks ein von den Aerzten dem Jubilar zu Ehren gegebenes Diner statt. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 51. Lebensjahre steht, hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er im Jahre 1869 nach Vertheidigung seiner Dissertation «Ein Beitrag zur Anatomie der Iris» zum Dr. med. promovirt wurde, worauf er seine Studien in Tübingen und Wien fortsetzte. Seine praktische Thätigkeit begann er im Jahre 1870 in Riga und seit 1878 fungirt er als dirigirender Arzt am allgemeinen Krankenhause daselbst.

— Am 27. Mai feierte der Professor der Anatomie an der Moskauer Universität und Präsident der Moskauer physico-medicinischen Gesellschaft, wirkl. Staatsrath Dr. Demetrius Sernow, sein 25-jähriges Professor-Jubiläum.

— Dr. Kostenitsch, welcher auf Kosten des Kriegsministeriums zur weiteren Ausbildung in der Augenheilkunde ins Ausland geschickt worden war, hielt am 24. Mai in der militär-medicinischen Academie eine Probe-Vorlesung über das Trachom, nach welcher ihm von der Conferenz der Academie die Würde eines klinischen Professors zuerkannt wurde. Für's Erste wird Prof. Kostenitsch in den Warschauer Militärbezirk abcommandirt, um Maassregeln zur Bekämpfung des in diesem Bezirk besonders stark herrschenden Trachoms (6–7 Procent der Soldaten leiden dort daran) zu ergreifen.

— Der bekannte Gynäkologe Prof. Dr. Gustav v. Veit, welcher noch bis vor Kurzem Director der Frauenklinik in Bonn war, beging am 3. Juni n. St. seinen 70. Geburtstag.

— Prof. Dr. Madelung (Rostock) ist an Stelle des verstorbenen Professors Lücke zum Director der chirurgischen Klinik der Strassburger Universität berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Befördert: Zum Staatsrath — der ausserordentliche Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Pawlow.

— Bestätigt: Dr. Skabitschewski als Lublinscher Gouvernements-Medicinalinspector.

— Verabschiedet auf ihre Bitte: die älteren Aerzte des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, wirkl. Staatsräthe Koch und Schummer; der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Moskauschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Rasbirajew.

— Verstorben: 1) In Taschkent der Oberarzt eines Cavallerie-Regiments des Orenburgschen Kosakenheeres, Dr. Al. F. Nowgorodski, im 44. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene war früher Kreisarzt im Ferghanagebiet, wo er sich durch die Untersuchung des zu Heilzwecken verwandten Schlammes des Sees Ak-Ssykent verdient gemacht hat. Im Jahre 1892 war er der militär-medicinischen Academie behufs Vervollkommnung in der Feldchirurgie zucommandirt. 2) Der Landschaftsarzt des Kreises Semljansk (Gouv. Woronesh) Casimir Kossewitsch im 28. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken inficirt hatte. Der Hingeschiedene war der Sohn eines Arztes und hatte seine medicinische Ausbildung an der Warschauer Universität erhalten, welche er im Jahre 1890 mit dem Arztgrade absolvirte, worauf er sich 2 Jahre in der Klinik des Prof. Kossinski mit Chirurgie beschäftigte. 3) Der Landschaftsarzt des Jefremowschen Kreises (Gouv. Tula) W. S. Sserkow im Alter von 32 Jahren. 4) Am 18. Mai in St. Petersburg der aus Odessa gebürtige Arzt Isidor Woltke, welcher erst vor Kurzem den Cursus an der Universität Jurjew absolvirt hatte, im 28. Lebensjahre.

— In der am 27. Mai unter dem Vorsitz des Stadthauptes Ratkow-Roshnow stattgehabten Sitzung der St. Petersburger städtischen Hospitalcommission wurden die Stadtverordneten A. A. Basilewski und D. W. Pokatilow zu Vicepräsidenten der genannten Commission gewählt. Zu Vicepräsidenten der städtischen Sanitätscommission hat die Duma die Stadtverordneten J. F. Montandre und A. J. Jakowlew gewählt.

— Am 29. Mai fand im Dumasaale unter dem Präsidium des Erlauchten Protectors, Sr. Kaiserl. Hoheit des Grossfürsten Paul Alexandrowitsch, eine feierliche Generalversammlung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit statt, in welcher die Preise und Auszeichnungen, welche den Exponenten der vorigjährigen allrussischen hygienischen Ausstellung zuerkannt worden sind, kundgegeben wurden. Es sind, wie wir dem «Herold» entnehmen, 32 Ehrendiplome, 64 grosse goldene Medaillen, 48 kleine

goldene, 79 grosse silberne, 81 kleine silberne Medaillen, 38 Bronzemedaillen, 108 Belobigungsatteste, in Summa 450 Preise zur Vertheilung gelangt. Ein ansehnlicher Theil der Preise ist Krankenhäusern, hygienischen Instituten, Aerzten für ihre Exponate zuerkannt worden. Die Zahl der Aussteller betrug fast 1000, die Zahl der Besucher 473,699 von denen ca. 400,000 Personen (Militairs, Schüler, Aussteller und Dienende) die Ausstellung unentgeltlich besuchten. Die Einnahmen aus dem Eintrittsgelde (26,373 R.), verschiedenen Subsidien (15,400 R.), den Zahlungen der Aussteller (24,618 R.) etc. betrugen im Ganzen 70,381 R. 76 Kop. Die Ausgaben sind recht beträchtlich, doch ist immerhin ein ansehnlicher Reingewinn zu erwarten.

— Im Herbst dieses Jahres begeht die medicinische Facultät der Kiewer Universität ein 50-jähriges Jubiläum. Am 1. November d. J. vollenden sich nämlich 50 Jahre seit der Eröffnung der dortigen therapeutischen und chirurgischen Universitätskliniken. Anfangs befanden sich diese Kliniken in dem unteren Stock des Hauptgebäudes der Universität und erst im Jahre 1888 wurden für dieselben besondere Gebäude aufgeführt. Als erster Director der therapeutischen Klinik fungirte Professor Fr. St. Zyzurin, welcher gegenwärtig als Leibmedicus und Mitglied des Medicinalraths und des militär-medicinischen gelehrten Comités in S. Petersburg lebt. Erster Director der chirurgischen Klinik war der vor zwei Jahren verstorbene Professor W. A. Karawajew, welcher mehr als 37 Jahre die Klinik geleitet hat und darauf bis zu seinem Lebensende noch als ausseretatmässiger Professor docirte.

— Die bei der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit unter dem Vorsitz des Sanitätsarztes der St. Petersburger Landschaft, Dr. J. A. Dmitrijew niedergesetzte Commission zum Studium der Cholera-epidemie von 1892/93 wendet sich an alle diejenigen Personen und Institutionen, welche zur Beschaffung des betreffenden Materials beitragen können, mit der Bitte, baldmöglichst ihre Antworten auf die zugesandten Programme, sowie etwaige Rechenschaftsberichte und andere auf die Choleraepidemie bezügliche locale Veröffentlichungen zuzusenden. Ebenso werden alle bibliographischen Hinweise auf etwaige über die Cholera in der allgemeinen Presse erschienene Artikel und Correspondenzen, welche das Verhalten der Bevölkerung zu den ergriffenen Maassregeln, den Volksaberglauben und dergl. mehr charakterisiren, mit Dank entgegengenommen werden. Zusendungen sind an die «Коммиссія по изученію холерной эпидеміи 1892 и 1893 г., С.-Петерб., Дмитровскій пер. № 15» zu adressiren.

— Deutscher Naturforscher- und Aerztetag in Wien. Die Vorbereitungen für die 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, die in Wien vom 24. bis 30. September abgehalten werden wird, sind in vollem Zuge und stellen gute Erfolge in Aussicht. Schon haben zahlreiche Gelehrte ihr Erscheinen angekündigt, so Helmholtz und Leyden aus Berlin, Forel aus Zürich etc. Von Wiener Gelehrten und Fachmännern sind an die Spitze der einzelnen Sectionen getreten: Rector Hofrath Dr. Tschermak, Hofrath Dr. Nothnagel, Hofrath Wiederhofer, Hofrath Krafft-Ebing, Prof. Adam Politzer, Ministerialrath Dr. von Kusy, Reichsraths Abgeordneter Dr. Beer, Feldmarschall-Lieutenant R. v. Arbter etc. etc. Die österreichische Regierung hat dem Naturforschertag eine Subvention von 10,000 fl. bewilligt, die als Nachtragscredit zum Budget vom Abgeordnetenhause bereits genehmigt wurde. Der Bürgermeister der Stadt Wien wird die Theilnehmer der Versammlung für den 27. September zur Besichtigung des Rathhauses einladen. In den jüngsten Tagen hat sich ein Damen-Comité constituirt, welches bei dem Arrangement der Feste mitwirken und es sich zur besonderen Aufgabe machen wird, den fremden Damen, die in Begleitung ihrer Gatten oder als selbstständige Theilnehmer — auch dies ist zulässig — am Naturforschertag erscheinen, in jeder Beziehung an die Hand zu gehen. An der Spitze dieses Damen-Comités steht Frau Rosa von Gerold.

— In der Stadt Ssaratow lebt ein Mann von ungewöhnlich hohem Alter, welcher am 17. April seinen 126. Geburtstag in seltener Rüstigkeit feierte. Es ist der Franzose Nicolas Savin, der als Lieutenant der Napoleonischen Armee im Jahre 1812 beim Uebergang der französischen Armee über die Beresina in russische Gefangenschaft gerieth und in Ssaratow internirt wurde, wo er seit dieser Zeit als Lehrer der französischen Sprache lebt.

— Die Cholera ist in Russland nach den bei dem Medicinaldepartement bis zum 28. Mai eingelaufenen Nachrichten neu aufgetreten im Gouvernement Tula, von wo für den Zeitraum vom 8.—21. Mai 5 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Cholera gemeldet wurden. In Podolien dagegen, wo die Epidemie so lange gewüthet hat, kann sie als erloschen angesehen werden, da vom 12.—18. Mai kein Cholerafall dort vorgekommen ist. Was die übrigen bisher inficirten fünf Gouvernements anbetrifft, so herrscht die Seuche noch recht stark im Gouv. Warschau, wo die Stadt Warschau mitgerechnet vom 15.—21. Mai 66 Personen erkrankten und 36 Pers. starben, sodann im Gouv. Plozk, wo vom 8.—14. Mai 56 Pers. erkrankten und 33 starben. In den Gouvernements Radom (15.—21. Mai 3 Erkrankungen, 1 Todesf.), Petrikau (1 Erkrankung, 1 Todesfall) und Kowno (keine Erkr., 1 Todesf.) scheint die Epidemie dem Erlöschen nahe zu sein.

In Deutschland, und zwar in der Umgebung von Danzig, sollen neuerdings wieder Erkrankungen an der Cholera vorgekommen sein.

In Oesterreich herrscht die Cholera nur in einem Bezirk Galiziens.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Mai d. J. 6036 (32 weniger als in der Vorwoche), darunter 246 Typhus — (3 weniger), 667 Syphilis — (9 mehr), 77 Scharlach (4 mehr), 29 Diphtherie — (3 mehr), 127 Masern — (4 mehr) und 26 Pockenkranke — (1 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. Mai 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
329	224	553	92	56	110	16	6	13	48	55	45	40	42	19	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 40, Scharlach 16, Diphtherie 10, Croup 6, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 21 Krankheiten der Verdauungscanals 43, Todtgeborene 32.

Bakteriolgisches Laboratorium
für kleinere und mittlere
KRANKENHÄUSER
von einem praktischen Bakteriologen zusammengestellt.
Complet und einzeln zu beziehen.

Bakteriologisches Laboratorium
für die Bedürfnisse des **praktischen Arztes**, von demselben zusammengestellt.
Alle Apparate und Geräthe sind nach den neuesten Vorschriften und Konstruktionen auf das Sorgfältigste ausgeführt.
Prospecte mit Preisangaben franco gratis.
Berlin NW., Luisenstr. 49.
J. Klönne & G. Müller. (82) 3—1

Русскій переводъ сочиненія:
Handbuch
der
speciellen Therapie innerer Krankheiten
in sechs Bänden
herausgegeben von **Prof. Dr. F. Penzoldt** und **Prof. Dr. R. Stintzing**
in Erlangen. in Jena.
будетъ изданъ К. Л. Риккеромъ въ С.-Петербургѣ.

Frauen-Sanatorium „Quisisana" Baden-Baden für Kur- und Erholungsbedürftige. Familie wird mit aufgenommen. Das ganze Jahr geöffnet. Dirig. Arzt: **Med.-Rath Dr. Baumgärtner.** (75) 20—3

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,
Hamburg. (23) 12—4

Franzensbad: Dr. R. Steinberg.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій пр. 14.
ПОСОБНИКЪ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМЪ ИЗСЛѢДОВАНІИ ТРУПА
И ПРИ ИЗСЛѢДОВАНІИ ВЕЩЕСТВЕННЫХЪ ДОКАЗАТЕЛЬСТВЪ.
Проф. **Н. А. Оболонскаго** (Кіевъ).
Съ 22 рисунками въ текстѣ и XI табл. 1894. Цѣна 3 р. 60 к., съ перес. 4 р.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1893 über 700,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebliche Wildunger Salz** ist nur ein künstliches **zum Theil unlösliches** und geringwerthiges Fabrikat. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen-Hof** erledigt:
(47) 8—4 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

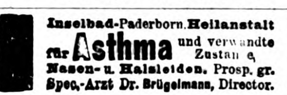


Königliches Bad Oeynhausen. Station der Linie Berlin-Köln u. Löhne-Hildesheim.
Thermal- und Soolbäder vom 1. Mai bis Ende October. Molken- und Milchkur-Anstalt. Allgemeine Wasserleitung und Schwemmkanalisation. Prospecte und Beschreibung übersendet frei die **Königl. Bade-Verwaltung.** (50) 3—3.

Dr. C. Dapper's **„Neues Kurhaus"**
Bad Kissingen
Eingerichtet zur speciellen Behandlung aller Magen- und Darmkrankheiten, von Diabetes, Gicht, Ernährungs- und Kreislaufstörungen, sowie funktionellen Neurosen. Vorzüglich erhöhte Lage in nächster Nähe des Kurgartens und des Waldes. (48) 13—7
Das ganze Jahr hindurch geöffnet.
Näheres durch Prospekte. Dr. C. Dapper.

STOTTERN
heilt Carl Ernst. Ununterbrochene Curse St. Petersburg, Newsky Prosp. № 52. Den Herren Aerzten alle Auskünfte gratis und franco. (53) —4.

Dr. Wladislaw Stan
früher Assistent des Professor Jurasz in Heidelberg ordinirt, wie im vorigen Jahre in Bad
Reinerz in Schlesien.



Dr. med. C. Beste. Bad Nauheim.

BAD NAUHEIM
PENSION VICTORIA
Besitzerin: Frl. Marie von Ditfurth.
In bester Lage mit Garten, gut und elegant eingerichtete **Kurpension I. Ranges.** Mässige Preise. Ausserhalb Wohnende erhalten Mittagstisch zu Pensionspreis. Prosp. zur Verfügung. (68) 8—5

Довв. ценз. Спб. 3 Іюня 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 11. (23.) Juni 1894

Ueber die Ursache des rechtzeitigen Geburtseintritts.

Ein in der Dorpater Naturforschergesellschaft am 20. Nov. 1893 gehaltener Vortrag.

Von

Dr. med. Alex. Keilmann,

ehem. Assistenten der Frauenklinik zu Dorpat (Jurjew), z. Z. an der Kgl. Frauenklinik zu Breslau.

M. H.! Die Geheimnisse, welche die Geburt des Menschen auch unserem Auge noch verhüllen, haben stets ein reges Interesse der beobachtenden Umgebung gebärender Frauen wachgehalten und die Frage, wovon der rechtzeitige Beginn der Geburtsvorgänge abhängig sei, hat sich naheliegender Weise Laien und Aerzten in gleicher Lebhaftigkeit aufgedrängt. Die Versuche, diese Frage zu beantworten, haben aber bisher keine befriedigende Erklärung ergeben, so zahlreich sie auch sind. Zum Theil ruhen diese Erklärungsversuche auf exacten Beobachtungen, deren Schärfe jedoch nachträglich durch sehr ergiebige Fehlerquellen in der Untersuchungsmethode beeinträchtigt erscheinen muss, zum Theil sind sie graue Theorien, die jeden Bodens entbehren, ja zum Theil zeugen sie von naivsten Vorstellungen und streifen den Humor kindlicher Auffassung völlig unverstandener Verhältnisse. Es würde mich zu weit führen, Ihnen alle Theorien und Vermuthungen hier vorzuführen, die in einer historischen Betrachtung der Frage Platz finden müssten. Von einer Entwickelung der hergehörigen Anschauungen kann auch nicht wohl die Rede sein, da meist grundverschiedene Vorstellungen die Basis derselben bilden.

Wichtige anatomische Vorfragen, deren Erledigung durchaus der Auffindung der Ursachen des Geburtseintritts vorausgehen musste, sind erst in den letzten Jahrzehnten in befriedigender Weise studirt worden und ich glaube, dass wir erst jetzt in der Lage sind, uns Ansichten über die Ursachen des Geburtsbeginnes, wie über die Wehenauslösung im Allgemeinen zu bilden, die nicht in der Luft schweben und Anspruch haben, als genügend motivirt zu gelten.

Insbesondere glaube ich nachweisen zu können, dass das anatomische Verhalten des Gebärmutterhalses während der Schwangerschaft in erster Reihe zu berücksichtigen ist, will man sich eine richtige Vorstellung von seiner Eröffnung, die zum Austritt der Frucht nothwendig ist, bilden. Gleichzeitig kommt noch eine andere wichtige anatomische Thatsache in Betracht, dass gerade der Gebärmutterhals in enger Beziehung steht zu nervösen Organen, die wahrscheinlich die Bewegungen der Gebärmutter — ob direct oder indirect, lasse ich offen — veranlassen; das sind Anhäufungen von Ganglien-Zellen, die 1867 zuerst von Frankenhäuser[1]) genau beschrieben, auf Grund zahlreicher experimenteller Untersuchungen kritisch betrachtet, für die Gebärmutter die Bedeutung von Bewegungscentren zu haben scheinen.

Wenn nun trotzdem diese Bedeutung sich den Untersuchern nicht so aufgedrängt hat, wie das meiner Ansicht nach die Folge jener Experimente hätte sein müssen, so scheint es mir andrerseits sehr verständlich, wenn ich berücksichtige, dass das anatomische Verhalten des Gebärmutterhalses erst in neuerer Zeit nach sehr ausgiebiger Discussion sich soweit geklärt hat, dass man in der Lage ist, diese Verhältnisse mit richtigem Verständniss anzusehen.

Ich kann es bei der Darlegung meiner Ansicht über die Ursache des Geburtseintritts daher nicht umgehen, Ihnen zunächst das Wichtigste über die Cervix uteri kurz auseinanderzusetzen, wobei ich Sie nicht mit dem Referat aller pro und contra geäusserten Meinungen belästigen will, sondern nur kurz zu schildern mich bemühen werde, wie sich meiner Ansicht nach der Gebärmutterhals während der Schwangerschaft verhält. Meine Beurtheilung der einschlägigen Verhältnisse ruht zum Theil auf eignen Untersuchungen, die ich auf Anregung meines Lehrers Prof. Küstner 1890 begonnen habe,

[1]) Frankenhäuser: Nerven der Gebärmutter. Jena 1867.

nachdem letzterer seit 1877 lebhaften Antheil genommen an der Durcharbeitung der sogenannten Cervixfrage.

An dieser Abbildung der Braune'schen Gefrierschnitte durch die Leiche einer kreissenden Frau sehen Sie die die reife Frucht bergende Gebärmutter in einer Länge von ca. 29 cm. Der äussere Muttermund ist erweitert und hat bereits mehr als der Hälfte des Kindskopfes den Durchtritt gestattet. Sie sehen, dass hier unter normalen Verhältnissen der in das knöcherne Becken eingetretene Kopf dieses ganz ausfüllt, jedenfalls aber, wie dieses Bild zeigt, die hintere und vordere Wand gleichzeitig berührt.

Was nun den sogenannten Hals des Organs betrifft, so liegt seine obere Grenze hinten ca 11—12 cm., vorne ca. 10 cm. über dem äusseren Muttermunde, so dass hier der ganze Kopf des Kindes im Gebärmutterhalse Platz gefunden hat.

M. H.! Stellen sie sich nun vor, dass diese Gebärmutter vor ca. 40 Wochen eine Länge von 7—8 cm. hatte und der Hals damals ungefähr die Hälfte davon, d. h. 3—3,5 cm. ausmachte, so finden Sie, dass der Hals fast im selben Verhältniss wie das ganze Organ gewachsen ist. Ich sage: fast im selben Verhältniss, da der Hals eben während der Geburt, wenn vielleicht auch wenig, mechanisch gedehnt worden ist, der Gebärmutterkörper aber durch in diesem Fall wenigstens schon 10—12 Stunden dauernde Zusammenziehungen sich verkleinert hat; das geht schon daraus hervor, dass ein Theil des wenig compressiblen Eies (die Blase steht hier noch) die Gebärmutter bereits verlassen hat und sich in der Scheide befindet.

Es darf uns nun nicht wundern, dass ein Theil des Organs relativ kleiner bleibt, als der andere, obgleich wir natürlich annehmen müssen, dass die Wachsthumsbedingungen für alle Theile die gleichen seien. Einerseits geht die Ausweitung der Halshöhle auf Kosten der Längenzunahme vor sich, andrerseits wächst der Halstheil vielleicht wirklich anfangs langsamer und beginnt erst in der Mitte der Schwangerschaft lebhafter mit dem gesammten Organ mitzuwachsen.

Es giebt oder gab Autoren, die dem Gebärmutterhalse jedes Wachsthum absprachen und dieses nur für den Körper des Organes annahmen. Ich weise dagegen darauf hin, dass auch die Scheide eine zweifellose Zunahme ihrer Wanddicke und ihrer Weite im Laufe der Schwangerschaft erfährt; und ein zwischen diesen Theilen liegendes Stück des Genitalrohres sollte unverändert auf dem Status quo ante bleiben?! Wie erklärt sich wohl dieser offenbare Irrthum, der natürlich fortzeugend weitere gebar?

Am Ende der Schwangerschaft findet man — wenigstens bei Frauen, die schon vorher geboren haben, — am unteren Ende des schwangeren Organes einen Canal der in Länge und Aussehen sehr grosse Aehnlichkeit hat mit dem Halscanal der nichtschwangeren Gebärmutter und ohne weiter zu prüfen, nahmen nun die Autoren an, dass das eben der unveränderte Halscanal der Gebärmutter sei. Der Einwand, dass meist auch dieser gefundene Halstheil kleiner sei, als am nichtgraviden Organ, wurde mit dem Hinweise auf «individuelle Schwankung» zurückgewiesen, jedoch nicht entkräftet. Namentlich aber wurde die richtige Beurtheilung der Verhältnisse getrübt dadurch, dass die obere Halspartie Veränderungen einging, die sie dem Körper der Gebärmutter sehr ähnlich machten, und zwar war es in erster Reihe die Schleimhautauskleidung, welche die Beobachter glauben liess, dass die in der Schwangerschaft veränderte Halspartie von Anfang an dem Körper angehört habe, wenn auch Niemand diesen Theil am nichtschwangeren Organ nachgewiesen hatte.

Die Schleimhautauskleidung der Gebärmutter verändert sich mit Eintritt der Schwangerschaft nämlich in der Weise, dass die aus cylindrischen Zellen bestehende oberflächliche Auskleidung verschwindet und eine dickere Schicht runder Zellen an ihre Stelle tritt. Diese Schicht wird «hinfällige Haut» (Decidua) genannt, weil sie nach der Geburt des Kindes gleichfalls ausgestossen wird, worauf sich die vorherige Bedeckung des Gebärmutterinneren wieder herstellt.

Diese hinfällige Haut sollte nun charakteristisch für den Gebärmutterkörper gegenüber dem Gebärmutterhalse sein und da sich Decidua auch in jenem fraglichen Abschnitt fand, der von der erweiterten Halshöhle gebildet wird, nahmen Einige an, dass derselbe nicht dem Halse sondern dem Körper angehöre. Küstner zeigte nun an einigen Präparaten, dass die Schleimhaut dieses Abschnittes die Charaktere der Halsauskleidung keineswegs zu entbehren braucht, also sehr wohl aus ihr hervorgegangen sein kann; gegenüber noch bestehenden Zweifeln ist es mir[2]) weiter gelungen an der Fledermaus jene Umwandlung wiederum zu beweisen und weiter, dass schon in der Schwangerschaft der Kopf der Frucht sich im erweiterten Halse befinde, der bei diesem Thier zu allen Zeiten als solcher differenzirt bleibt.

Habe ich nun auf diese Weise zunächst mich selbst davon überzeugen können, dass die Erweiterung des Halscanals allmählich in der Schwangerschaft vor sich gehe und nach den zahlreichen Befunden fortschreite, bis sie etwa die Höhe des Scheidenansatzes, 1,5—2,5 cm. über dem äusseren Muttermunde erreicht hat, so musste ich mir die Frage vorlegen, welche physiologische Bedeutung denn wohl die Erweiterung des Halscanals habe, da ja ein derartiger Vorgang, soll er verständlich sein, einen gewissen Zweck erkennen lassen muss. Dass die Höhle sich vergrössere, damit die wachsende Frucht Platz finde, konnte der Zweck nicht sein. Da drängte sich mir die Thatsache auf, dass die vorhin genannten Anhäufungen von Nervenelementen gerade in der Höhe liegen, bis zu welcher diese eingreifende Umwandlung des Gebärmutterhalses fortschreitet, und in der sie aufhört, weil nun der Eintritt der Geburt weitere Schwangerschaftsvorgänge unterbricht. Ist es nun da nicht naheliegend, einen Zusammenhang jener Erweiterung mit dem Geburtsbeginn zu vermuthen und daran zu denken, dass durch die fortschreitende Erweiterung des Canals der Kopf des Kindes diesen Ganglienmassen immer näher und näher kommt und endlich dieselben erreicht, drückt und so mechanisch reizt, was auf directem oder indirectem Wege Zusammenziehungen der Gebärmutter zur Folge hat? Ja schon ehe der tiefste Kindstheil diese Stelle erreicht, werden jene empfindlichen Punkte bei der trichterförmigen Erweiterung des Canals durch Zerrung in den Wandungsschichten gereizt oder höher liegende nervöse Organe von geringerer Ausdehnung werden früher erreicht und ihre Reizung hat dann die sog. «Schwangerschaftswehen» zur Folge, die als ordentliche Wehen typisch beobachtet werden können, jedoch zu schwach sind, um die Geburt zu vollenden. Die Ausstossung des Kindes würde dann also nur abschliessen, was sich schon Wochen, ja Monate lang allmählich vorbereitet hat. Dabei imponirt einerseits die Vorstellung von einfach mechanischer Auslösung der Geburt, andrerseits ist es dann klar, dass unter sonst normalen Verhältnissen jene heftigen Zusammenziehungen des Uterus die Ausstossung der Frucht gerade dann zu Wege bringen, wenn das Ei genügend gewachsen ist, d. h. wenn die Frucht reif ist. Hiernach wäre die Ursache des rechtzeitigen Geburtsbeginns in der normalen Entwickelung, insbesondere in der genügenden Grössenentwickelung des Kindes zu sehen.

Soweit war ich 1890[3]) in dieser Frage gekommen und

[2]) Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. XXII.
[3]) ibidem.



einige empirisch feststehende Thatsachen drängten sich mir als Stütze meiner Ansicht auf, so die Thatsache, dass ungewöhnliche Ausdehnung der Gebärmutter z. B. bei Zwillingen oder krankhafter Ansammlung des Fruchtwassers die Geburt früher, als sonst eintreten lässt, d. h. wohl dann, wenn der Inhalt des Fruchthälters die Ausdehnung des reifen Eies erreicht hat.

Um nun die anatomischen Verhältnisse zunächst genauer festzustellen, veranlasste ich den Collegen Knüpffer[4]), an Fledermäusen die localen Beziehungen des sich in der Schwangerschaft erweiternden Halscanals zu den Ganglienmassen zu prüfen. Es gelang Knüpffer verschiedene Stadien der Schwangerschaft und Geburt zu untersuchen und das Resultat waren mit viel Sorgfalt ausgeführte Flächenbilder, die aus Querschnittserien reconstruirt, in übersichtlicher Weise die fortschreitend innigere Beziehung der Halscanalwand zu den Ganglienmassen illustrirten und somit meine Annahme rechtfertigten.

Wie ich mir im Detail die allmähliche Entwickelung der Geburtswehen vorstelle, das kann hier nicht interessiren; ich verweise in dieser Hinsicht auf die Knüpffer'sche Dissertation, aus der das zur Genüge hervorgeht. Ich beschränke mich darauf zu betonen, dass ich nun, nachdem ich in der glücklichen Lage war, als Assistent der hiesigen Frauenklinik zahlreiche Geburten zu beobachten, vom Anfang meiner Thätigkeit an den Wehenverlauf vom dargelegten Gesichtspunkt beobachtet habe und zur festen Ueberzeugung gekommen bin, **dass alle Formen der Wehen, normale und nicht normale in erster Reihe von der Relation des vorliegenden Kindstheiles zu der tieferen Halspartie der Gebärmutter abhängig sind.**

Wie jedoch diese Relation allmählich zu Stande kommt und des Genaueren beschaffen ist, das kann man nur verstehen, wenn man das Verhalten des Gebärmutterhalses so beurtheilt, wie das Küstner, Fritsch, Bayer u. A. thun und wie das auch aus meinen Untersuchungen hervorgeht. Diejenigen, die in dieser Frage noch immer auf dem Standpunkte R. Müller's und Hofmeier's stehen, müssen auch darauf verzichten, den Eintritt der Geburt und die Auslösung der Wehen im Allgemeinen in einer so befriedigenden und einfachen Weise zu erklären, wie das nach meiner Ansicht möglich ist.

Ueberblicke ich nun die zahlreichen Beobachtungen an der Gebärmutter der Menschen und der Thiere, die zum Theil bei ad hoc angestellten Experimenten gemacht worden sind, so finde ich ausgiebigste Stützen für meine Anschauung; denn einerseits beweisen die Fälle von Brachet[5]), Friedrich und Hermann Nasse[6]), dass Frauen, deren Rückenmark in den unteren Partien vom Gehirn und den oberen Partien durch querdurchsetzende Krankheitsprocesse, man kann sagen abgetrennt war, doch spontan gebaren.

Bei Hunden ist ferner von Goltz und Rein das Rückenmark in verschiedenen Höhen einfach durchgeschnitten worden und doch ging die Geburt vor sich. Das nervöse Centrum, das man an verschiedenen Punkten des Hirnes gefunden zu haben glaubte, wanderte immer tiefer und als schliesslich Rein den Uterus aus allen seinen Verbindungen mit dem Centralnervensystem loslöste und dennoch eine spontane Entleerung der Gebärmutter beobachten konnte, kommt er zum unangreifbaren Schluss, dass die Bewegungscentren im Organ selbst liegen müssen, ohne die Frankenhäuser'schen Ganglien als solche anzuerkennen.

Ohne diese Thatsache sich zu Nutze machen zu können, haben schon ältere Beobachter den Eindruck gewonnen, dass der Druck des vorliegenden Kindstheiles die heftigen Geburtswehen auslöse, so Obernier[7]) im Jahre 1865 und schon vor diesem in mehr oder weniger klarer Weise Petit[8]) (1766) und Kilian[9]) (1847). Ja immer wieder hat sich's den Beobachtern aufgedrängt, dass mit dem Tiefertreten des Kindskopfes die Wehen heftiger werden. Aber den Eintritt der Geburt auch davon ableiten konnte man erst, nachdem man über das Verhalten der Cervix in der Schwangerschaft im Klaren war.

Runge weist in seinem Lehrbuche mit Berufung auf Fritsch darauf hin, dass die Reizung des unteren Uterinsegments (d. i. die entfaltete Partie des Halses) nicht ohne Einfluss auf die Wehenthätigkeit sei; Runge notirt hierzu die geläufige Erfahrung, dass wenn das Kind quer, von den Darmbeinschaufeln gestützt, sich auf dem Becken befindet ohne die in Frage kommenden Partien des Gebärmutterhalses berühren zu können, die Wehen gewöhnlich aufhören, wenn der Druck der Fruchtblase dadurch, dass das Wasser abläuft, aufhört. Aber Runge bringt nachher einen sehr schwerwiegenden Einwand gegen diejenigen Theorien über den Geburtsbeginn, die entweder die Erreichung einer maximalen Dehnung der Gebärmutter annehmen, oder auf der Voraussetzung ruhen, dass das Ei zum Fremdkörper wird, dessen sich das Organ zu entledigen sucht. Das ist nämlich die auch in anderen Lehrbüchern notirte Thatsache, dass bei Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter zum rechtzeitigen Geburtstermin, trotzdem die Höhe leer ist, sich doch Geburtswehen einstellen.

Begreiflicher Weise muss dieser Einwand, wenn er zu Recht besteht, auch meine Anschauung über die Ursachen des Geburtseintrittes mit einem Schlage umwerfen, oder doch zum mindesten dazu veranlassen, dass für diese Ausnahmefälle eine andere, ausserordentlich geheimnissvolle Art der Wehenauslösung zugestanden werde.

Diese Gefahr für meine Anschauung aber besteht nicht, denn jener Einwand besteht desgleichen nicht. Es ist der Glaube an rechtzeitige Geburtswehen bei leerer Gebärmutter einer von jenen Irrthümern, die — kein Mensch weiss woher — sich oft einschleichen und dann, man kann sagen, mit Liebe geflegt werden, wo doch Kritik am Platz ist.

Die Kritik aber findet hier keinen Anhaltspunkt, diese Anschauung anzuerkennen. Worauf basirt wohl dieser Glaube?

Schwangerschaften ausserhalb der Gebärmutter währen selten bis zur 40. Woche, weil die Fruchtsäcke relativ häufig vor der Zeit platzen oder das Ei abstirbt und der Charakter der Schwangerschaft dem einer Krankheit weicht; endlich tritt heutzutage der Erreichung des normalen Schwangerschaftsendes gerade in den bestbeobachteten Fällen das Messer des Operateurs in den Weg. Unter den 610 Fällen, die Schrenck[10]) zusammengestellt hat, finde ich ca. 25, von denen man annehmen muss, dass die Schwangerschaft mit lebendem Ei 40 Wochen bestanden. Also an 4 pCt. der Fälle können überhaupt nur Beobachtungen gemacht worden sein, die für jene Ansicht Stütze sein könnten. Unter diesen 25 Fällen finde ich 3 Mal die Angabe, dass Geburtswehen nicht eingetreten seien, 8 Mal die Angabe, dass Wehen oder wehenartige Schmerzen am Geburtstermin bestanden hätten. In den übrigen Fällen fehlt jede Angabe. Unter einer kleinen Anzahl von Fällen, die ich vorher zusammengestellt hatte, waren 2 Fälle von ausgetragenen Extrauterin-Schwangerschaften; in einem Fall berichtet

[4]) Dissertation: Ursachen des Geburtseintritts, Dorpat 1892.
[5]) Recherches experimentales sur les fonctions etc. 1837.
[6]) Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie Heft 2, 1835.

[7]) Experim. Untersuchungen über die Nerven des Uterus. Bonn 1865.
[8]) Memoires sur le mechanisme et la cause de l'accouchement. 1766.
[9]) Geburtslehre Bd. I.
[10]) Dissertation, Dorpat 1893.



der Mann der Kranken, dass sie zum berechneten Geburtstermin Wehen gehabt hätte. Im anderen bietet gleichfalls die Anamnese die Angabe, dass am berechneten Tage der Niederkunft «wehenartige Schmerzen» bestanden hätten.

Das ist alles, was sich aus einer doch nicht ganz kleinen Zahl von Fällen ergiebt, und was diese wenigen Angaben völlig entwerthet, ist, dass sie sämmtlich Aussagen der Frauen oder deren Angehöriger sind; also objectiv unter Controlle eines Sachverständigen constatirt sind überhaupt in keinem Fall wirkliche Wehen, d. h. schmerzhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter. Wohl finde ich auch Notizen über objectiv constatirte Wehen und wehenartige Schmerzen; aber das sind entweder «peritonitische» oder es sind schmerzhafte Zusammenziehungen der Fruchtsackwand, d. h. eben nicht der Gebärmutter. Diese sind zu allen Zeiten im Verlauf der Krankheit constatirt, weitaus am häufigsten vor dem Ende der sonst normalen Schwangerschaftszeit, gelegentlich aber auch nach demselben, so 12, 13, 16 Mon.[11]) nach erfolgter Schwängerung. Dieses giebt meiner Ansicht einen deutlichen Hinweis darauf, wie man jene «Wehen», die anamnestisch angegeben werden, zu nehmen hat. Schmerzen während der Schwangerschaft werden von den Frauen eben als «Schmerzen» bezeichnet, während die Schmerzen im Unterleibe, die an einem dazu vorausbestimmten Tage, den die kluge Frau sorgfältig ausgerechnet hat, auftreten, «Geburtswehen» heissen. Der wehenartige Charakter kann allerdings so ausgesprochen sein, dass die Schmerzen auch während der Tragzeit als Wehen bezeichnet werden, und die Frauen etwa eine Fehlgeburt erwarten.

Diese irrthümliche Beurtheilung der «Schmerzen», die zufällig auch um die Zeit der erwarteten Geburt auftreten, aber auch lange vorher und nachher bestehen können, ist psychologisch verständlich. Ich kenne einen Fall, in dem die objectiven Symptome für Schwangerschaft und Geburt in einer mässigen Anschwellung des Leibes und zwei nicht zu leugnenden rothen Strichen im Hauskalender bestanden, die 2 um 280 Tage von einander entfernte Daten bezeichneten. Diese Symptome aber haben genügt, der vermuthlich Schwangeren, der Hebamme und dem Arzt am berechneten Tage Wehen vorzutäuschen, was ich in Bezug auf den Letzteren für psychologisch weniger verständlich halten muss.

Die Frau hatte sich ihr Kreissbett bereitet und «bekam Wehen»; wie durften Hebamme und Arzt also daran zweifeln?!

Dem Arzt fiel es allerdings auf, dass er nicht so recht fühlen konnte, wie das Kind eigentlich liegt, aber — irgendwie musste es doch liegen. Und so warteten denn alle Betheiligten in dem guten Bewusstsein, dass Geduld die erste Tugend des Geburtshelfers sei. Schliesslich riss diese Geduld, denn die Diagnose «Wehenschwäche» reichte nicht mehr aus, um den Mangel jedes Geburtsfortschrittes zu erklären. Dabei hatte der Arzt, der trotz wiederholter Versuche keine Kindstheile fühlte, sich allmählich die Ansicht gebildet, dass die Geburt einer sogenannten Mole, in der keine Frucht existirt, zu erwarten sei. Dieses veranlasste ihn, den Rath eines erfahreneren Collegen zu erbitten, der nach vorgenommener Untersuchung eine Eierstocksgeschwulst constatirte, die nach 8 Tagen operativ entfernt wurde. Als die Frau erfuhr, dass sie doch nicht schwanger sei, da hatte sie auch keine Wehen mehr. Noch eclatantere Fälle eingebildeter Schwangerschaft und Geburtsfälle kommen vor, und auch in Schröder's Lehrbuch ist darüber berichtet.

So glaube ich denn in Kürze hier gezeigt zu haben, dass man wohl ein gutes Recht hat, jener Kunde, dass Wehen 40 Wochen nach erfolgter Schwängerung eintreten, auch wenn die Gebärmutter leer ist, den Glauben zu versagen.

Um nun aber für die dargelegte Anschauung Ihnen positive Belege zu liefern, sei es mir gestattet über einige Erlebnisse aus der Praxis zu berichten, die kaum anders, als bei dieser Auffassung der Dinge verständlich erscheinen.

Vor nicht langer Zeit beobachtete ich eine Erstgebärende, bei der die Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft begonnen hatte und unter kräftigen Wehen fortschritt. Von den kindlichen Theilen hatte ich links in der Mutter den Rücken, rechts die Füsse gefühlt; der Kopf war im kleinen Becken, nicht ganz so tief, wie hier auf diesem Braune'schen Bilde.

Die Wehen waren kräftig und hatten einen bestimmten Charakter, der der Eröffnungszeit des äusseren Muttermundes entspricht. Nach dem Stande der Dinge nahm ich an, dass die Geburt in ca. 6—10 Stunden vollendet sein würde.

Da ich bei der Untersuchung die Urinblase gefüllt fand, beauftragte ich die Hebamme, den Urin mit dem Catheter zu entfernen, trotzdem sie mir versicherte, dass vor $1^1/_2$ Stunden fast $^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert worden sei. Ungefähr dieselbe Menge hatte sich in nicht ganz 2 Stunden angesammelt, dabei war die Farbe des Harns wasserhell.

Diese reichliche Abscheidung von Flüssigkeit durch die Nieren alterirte den normalen Geburtsverlauf nun in einer mir sehr interessanten Weise.

Mit der Weisung, mir das Springen der Fruchtblase zu melden, überliess ich die Kreissende zweien Hebammenschülerinnen. Obgleich ich diesen auch aufgetragen, darauf zu achten, dass die Harnblase sich nicht übermässig fülle, waren sie darin nicht aufmerksam gewesen; auf meine Erkundigung über die Geschehnisse der letzten 10—12 Stunden erhielt ich die Auskunft, dass die Wehen bald schwächer geworden seien und dann ganz aufgehört hätten. Die Kreissende habe mehrere Stunden fest geschlafen.

So sehr ich das Verhalten der Schülerinnen rügen musste, war ich ihrer Unaufmerksamkeit im Stillen doch dankbar, denn sie hatte mir zu einer interessanten Beobachtung verholfen.

Der Befund war nun folgender: die Urinblase übermässig gefüllt, der Kopf des Kindes beweglich über dem Becken, der Rücken des Kindes rechts, die Füsse links.

M. H. Sie sehen an diesem Bilde die Blase hier klein unter der Schulter des Kindes. Stellt man sich nun vor, dass sie sich füllt, höher und höher steigt, so ist es verständlich, dass das Kind auf diese Weise aus dem Becken gehoben wird, wodurch denn auch die von Neuem aufgetretene Beweglichkeit des Kindes und die Möglichkeit des Stellungswechsels verständlich wird. Die wichtigste Folge davon aber war, dass die tieferen Partien des Halses entlastet wurden. Damit ist die Ursache für das Aufhören der Wehen gefunden und im referirten Fall war mir ein Beweis dieses Zusammenhanges, dass nach Entleerung der Blase der Kopf ohne Mechanismus sofort in das kleine Becken einrückte und sich alsbald Wehen wieder einstellten, die in kurzer Zeit die Geburt vollendeten. Ich bemerke hierzu, dass der Füllungszustand der Urinblase von Alters her den Geburtshelfern als wichtiger Factor für die Qualität der Wehen bekannt ist und die Erklärung für diese alte Erfahrung liegt — meine ich — in der Erkenntniss des dargelegten Zusammenhanges der Erscheinungen.

Ein solcher Fall muss natürlich dazu führen, dass man das störende Ausbleiben von Wehen eventuell durch geeignete Manipulationen heilen kann, und in der That habe ich darüber Erfahrungen machen können, die meine Voraussetzungen durchaus gerechtfertigt haben. Ich habe dieselben auf der letzten Versammlung livländischer Aerzte

[11]) cf. Schrenk l. c.



besprochen und kann auf eine demnächst in d. St. Pet. med. Wochenschrift erscheinende Arbeit über «Wehenschwäche» verweisen, in der ich als an einem Beispiel die Beurtheilung und Behandlung krankhafter Geburtswehen auf Grundlage meiner Ansicht über die normalen Verhältnisse versuche. Wegen der vorgerückten Zeit muss ich darauf verzichten, Ihnen weitere Geburtsgeschichten vorzulegen, möchte aber betonen, dass hergehörige Beobachtungen sich in der Praxis ausserordentlich zahlreich machen lassen und stets bei hervortretender Veränderung der Wehenqualität die veränderte Relation des vorliegenden Kindstheils zu den tieferen Partien des Halses sich als wichtiger Factor präsentirt — wenn man darauf achtet.

Sehr eclatant trat dieses in einem von Hecker[12]) beobachteten Fall hervor, dessen kurz zu erwähnen mir noch gestattet sei. Bei spontaner Zerreissung der Gebärmutter ist das mehr oder weniger plötzliche Aufhören der vorher meist heftigen Wehen eine typische Erscheinung. Hecker constatirt jedoch in seinem Fall dass «in der Anstalt eine gänzliche Cessation der Contractionen, wie sie dem Bilde einer completen Uterusruptur zukommt, nicht beobachtet wurde».

Erklärt sich das Aufhören der Wehen einerseits dadurch, dass das Kind, bis dahin unter hohem Druck, nun nach Eintreten des Risses durch diesen in die Bauchhöhle tritt, und der vorliegende Kindstheil höher tritt bezw. aus dem Becken verschwindet, so liegt die Erklärung im Hecker'schen Fall darin, dass hier ausnahmsweise der Kopf des Kindes tief im Becken blieb und «wegen seiner Grösse sich nicht aus der unteren Beckenapertur entfernt hatte», also mit einem grossen Umfang auch noch nach dem Riss der Gebärmutter die tiefen Halspartien weiter drückte.

Wenn nun der vorliegende Kindstheil die Geburtswehen auslösen soll, dadurch dass er die in Betracht kommenden Partien des Halses drückt oder dehnt, so darf ihn an der Erreichung seines Zieles nichts hindern, andrerseits aber fördern ihn gewisse Umstände darin, wie ich gleich zeigen werde.

Je nachdem diese Bedingungen sich nun nach der einen oder anderen Seite vollkommener erfüllen, treten zeitliche Modificationen des typischen Geburtseintrittes ein, die bisher zwar stets beobachtet, doch nur den Werth von Thatsachen hatten, der wünschenswerthen Erklärung und richtigen Deutung entbehren mussten. So ist es bekannt, dass Frauen, die schon geboren, im Allgemeinen bei späteren Geburten fortschreitend grössere Kinder zur Welt bringen. Ich führe das darauf zurück, dass die Geburt später eintritt, die Frucht somit über die Reife hinaus noch wachsen kann, ehe sie an die Welt kommt. Dass aber der Geburtstermin sich hinausschiebt, liegt meiner Ansicht nach daran, dass die bei vorausgegangenen Schwangerschaften gedehnten Bauchdecken das Kind resp. das Ei nicht zwingen, zeitig tief zu treten, was sich thatsächlich darin zeigt, dass bei solchen Frauen auch am Ende der Schwangerschaft der Kopf des Kindes über dem kleinen Becken beweglich ist, während man bei Erstschwangeren in den letzten Wochen den Kindskopf schon fest im Becken findet. Fehlt somit ein die drückende und dehnende Wirkung des vorangehenden Kopfes fördernder Umstand, so kommt noch hinzu, dass, wie Küstner[13]) festgestellt hat, die obere Halsgrenze nach vorausgegangener Geburt dauernd tiefer ist, als bei der Jungfrau. Dadurch geht die indirecte Beeinflussung der tieferen Partien durch die zeitige Ausweitung der oberen verloren. Hat hier nun die mangelnde Förderung des Kopfeintritts die Verlängerung der Schwangerschaft zur Folge, so muss natürlich dieselbe Folge eintreten, wenn sich dem Tiefertreten des Kindskopfes ein Hinderniss entgegenstellt. Ein solches Hinderniss haben wir z. B. bei Enge des Beckens. Hier wird die Geburt wohl erst eintreten, wenn der sonst im Becken placirte Halstheil durch das Wachsthum des Eies heraus- und an den unteren Pol herangezogen ist. Die Richtigkeit dieser Ansicht direct zu beweisen dürfte kaum möglich sein, doch glaube ich dieselbe wahrscheinlich machen zu können durch einige eigne Beobachtungen, wie auch aus Literaturangaben, die mir in Erinnerung sind.

Da das enge Becken bei der hiesigen Bevölkerung selten ist, erinnere ich mich aus der Poliklinik nur 2 derartiger Beobachtungen an Estinnen, zweier weiterer an je einer Lettin und einer Polin.

Das Kind der einen Estin war über mittelgross, desgleichen war das Kind der Lettin abnorm gross und dick; die Maasse sind mir nicht gegenwärtig. Das Kind der Polin war 52 Cm. lang, während schon 48 Cm. das Maass des reifen Kindes sind; das Kind der zweiten Estin wog nahezu 5000 gr. (Normalgewicht 3000—3200 gr.) hatte einen Kopfumfang von 40 Cm. (normal 34—35 Cm.). Die Länge betrug, wenn ich mich recht erinnere, 58, oder gar 60 Cm. In einem Bericht aus Halle von Thorn[14]) findet sich eine Tabelle, in der auffallend häufig abnorme Grössen der Kinder durch entsprechende Zahlen oder die Worte «über mittelgross» oder «sehr gross» angegeben sind. In der weitaus grössten Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Beckenverengerungen. Endlich erinnere ich mich einer Mittheilung von Krukenberg[15]) aus Bonn, in der für 3 von 4 durch enges Becken geborenen Kindern, Längen von 50, 54 und 56 Cm. notirt sind, obgleich diese von Erstgebärenden stammen; das vierte wurde durch künstliche Frühgeburt zur Welt gebracht. Ich zögere nicht aus der Grösse des Kindes auf die Dauer der Schwangerschaft zu schliessen denn dieses ist ein objectiver Anhaltspunkt; ich bemerke ausserdem dass aus anderen Umständen die Schwangerschaftszeit sich in keiner Weise genau berechnen lässt und Schwankungen bis zu 3 Wochen nicht controllirt werden können.

Um nun auch ein Wort über das künstliche Hervorbringen von Geburtswehen zu sagen, so kann ich hier die diesbezüglichen Erfahrungen nicht eingehend genug beleuchten, um zu zeigen, dass auch diese für meine Anschauung über die Wehenauslösung verwerthbar sind. Ich hebe nur hervor, dass eine in allen Fällen erfolgreiche Manier vorzeitig künstliche Wehen zu erzeugen nicht existirt; alle Autoren klagen, dass bald diese, bald jene Methode versagt und in einer grossen Zahl von Fällen treten Wehen auf, nachdem erst unterschiedliche Versuche gemacht worden sind. Prüft man die Fälle genau, so kann man meiner Ansicht nach erkennen, dass — welche Methode es auch sei — der Erfolg eben dann eintritt, wenn jene nervenreichen Partien des Gebärmutterhalses vom Angriff getroffen werden. Weil von den Beobachtern die Localisation und Ausgiebigkeit des Angriffs nicht so sehr beachtet wird, als das offenbar nöthig ist, entgeht ihnen die wesentliche Differenz, die in zweimaliger Anwendung der scheinbar gleichen Methode liegen kann, je nachdem der Hals der Gebärmutter mehr vorn, als hinten oder seitlich von den Manipulationen getroffen wird. Ja aus Versuchen mit Electricität geht hervor, dass mehr oder weniger ausgiebige Zusammenziehungen erzeugt wurden, wenn der Strom den ganzen Hals traf und stärker wurden, wenn eine Electrode in den Halscanal eingeführt war; dieser Aufforderung gewissermassen folgend, führte der Untersucher diese Electrode immer tiefer ein und fortschreitend verstärkte sich die Wirkung, bis sie plötzlich vollkommen ausblieb — man stand vor einem Räthsel. Die Lösung scheint mir naheliegend: Die Electrode ist eben immer tiefer und tiefer

[12]) Centralblatt f. Gyn. Bd. V, Nr. 10.
[13]) D. unt. Uterinsegment u. d. Decidua cervicalis Jena 1882.
[14]) Arch. f. Gyn. B. 24.
[15]) Arch. f. Gyn. B. 28.

geschoben worden und schliesslich lag sie über dem in Frage kommenden Gebiet, so dass die betr. nervösen Organe plötzlich ausserhalb des Stroms lagen, und daher jede Reaction ausblieb. In einigen Fällen, wo die Electricität völlig versagte, wurde der Strom im vorderen Scheidengewölbe applicirt, was eben keine Wirkung haben kann.

Soweit ich ein Urtheil aus der Literatur darüber gewinnen konnte, haben diejenigen Methoden den besten Erfolg, die in der Hauptsache eine Erweiterung und Dehnung des Gebärmutterhalses anstreben und so den natürlichen Verhältnissen am nächsten kommen; in einem Referat einer Arbeit von Haidlen [16]) las ich die Bemerkung: die Anwendung der sanduhrförmigen Gummiblase, die in den Halscanal eingeführt und aufgeblasen wird, scheint die prompteste Wirkung gehabt zu haben. Dasselbe geht auch aus französischen Berichten hervor: so berichten Lefebre [17]) und Champetier de Ribes, dass bei Anwendung eines Ballons von Kindskopfgrösse, der hoch hinaufgeschoben, dann aufgeblasen langsam nach aussen gezogen wird, stets Erfolg gehabt haben. Längstens 2 Stunden nach der Application traten nach genannten Mittheilungen gute Wehen ein und durchschnittlich in 12 Stunden war die Geburt beendet, was nach den Erfahrungen über künstliche Frühgeburt entschieden überraschend schnell ist. In einer Reihe von Fällen war nur ein Mal eine Wiederholung der Operation nöthig, weil der eingeführte Ballon schadhaft war und platzte. Gleiche Erfolge scheinen von Chenevière [18]) mit fester Ausstopfung des Halscanals durch Jodoformgaze erzielt worden zu sein.

Noch eine andere interessante Thatsache hat sich mir aus der Casuistik [19]) der künstlichen Frühgeburten ergeben: dass nämlich ceteris paribus diejenige Fälle günstiger verliefen, d. h. zunächst schneller und erfolgreicher eingeleitet wurden, in denen der Kopf der Frucht vorlag, als diejenige, bei denen der weniger voluminöse Steiss sich unten befand oder gar das Kind quer lag. In letzteren Fällen nahm die Geburt meist erst dann einen lebhafteren Verlauf, wenn es gelungen war das Kind umzudrehen, einen Fuss zu erfassen und kräftig anzuziehen, so dass der Steiss fest in den Hals der Gebärmutter gedrückt war. Kaum brauche ich diese Verhältnisse ausgiebiger zu beleuchten, um die Ansicht aussprechen zu dürfen, dass die Beurtheilung der Erfahrungen über die künstliche Frühgeburt in den dargelegten Anschauungen über die Wehenauslösung einen wissenschaftlicheren Boden hat, als das für die immer wieder zur Erklärung der wechselnden Erfolge herangezogenen «individuellen Disposition» zugegeben werden kann.

Wenn ich nun in den bisherigen Ausführungen ausschliesslich von der mechanischen Beeinflussung der nerven- und ganglienreichen Partie des Gebärmutterhalses durch den vorliegenden Kindstheil gesprochen habe, so habe ich zeigen wollen dass hierin die wichtigste Ursache des Geburtseintritts liegt und unter normalen Verhältnissen wohl allein in Betracht kommt und so die Geburt eines reifen Kindes gewissermaassen garantirt. Allein für die Entstehung und den Verlauf der Wehen haben auch andere Verhältnisse Bedeutung, und ich halte die experimentellen Untersuchungen, bei denen es gelungen ist durch Reizung des Gehirns und Rückenmarks Uterusbewegung zu erzielen, durchaus für wichtig. Zum mindesten muss die Beziehung zum Centralnervensystem die Regularität der Wehen sichern, und die für das Leben des Kindes so wichtigen Wehenpausen werden, vermuthe ich, durch centrale Beeinflussung [20]) geschaffen, denn ich gedenke der Beobachtung, dass bei gestörter centraler Leitung die Wehen einen stürmischen Character zeigten. Ebenso muss man es für möglich halten, dass unter abnormen Verhältnissen allein vom Centralnervensystem Wehen ausgelöst werden können, die allerdings alsbald den mechanischen Apparat im Organ selbst in Bewegung setzen. Hierbei drängt sich der Vergleich mit dem Darm und dem Herzen auf. Auch für diese Organe muss man den in ihnen vorhandenen Ganglien eine wichtige Bedeutung für ihre Bewegung zusprechen, ohne die Beeinflussung derselben durch centrale Reize leugnen zu wollen. Wie ich einerseits glaube, dass die Ausdehnung des Darmrohrs durch vorhandenen Inhalt die Elemente des Auerbach'schen und Meissner'schen Plexus reizt und durch sie Peristaltik veranlasst, und wie es mir weiter wahrscheinlich scheint, dass die Anfüllung des Herzens im selben Sinne die Zusammenziehung desselben der Erschlaffung folgen lässt, so wenig ist andrerseits zweifelhaft, dass z. B. psychische Affecte sowohl die Herzbewegung nachdrücklich beeinflussen, als auch heftige Peristaltik des gesammten Darmrohrs hervorrufen können. Nicht minder reagirt auch die Gebärmutter — um beim gewählten Beispiel zu bleiben — auf Gemüthsbewegung, und es gehört mit zu den Pflichten des Geburtshelfers die oft aufgeregten und ängstlichen Kreissenden in geschickter Weise zu beruhigen und zu trösten, um einer störenden Wehenalteration vorzubeugen und so die Glätte des Geburtsverlaufs vor einer nicht selten eintretenden Gefahr zu schützen.

In diesen letzten Aeusserungen liegt aber keine Einschränkung der Bedeutung, die ich den Cervicalganglien für die Auslösung der Geburtswehen zuerkenne, und in dieser Ansicht bin ich durch die Untersuchungen von His und Romberg [21]) über die Herzganglien nicht erschüttert worden.

Obgleich nach den genannten Untersuchungen nicht daran zu zweifeln ist, dass diese Ganglien in der That sensiblen und nicht motorischen Charakter haben und dasselbe offenbar für die Uterusganglien gelten muss, wird meine Ansicht nur dahin modificirt, dass sie nicht direct, sondern indirect, reflectorisch die Geburt auslösen und in jedem Falle die Grenzmarken darstellen, die von der Erweiterung des Halscanals nicht überschritten werden können, ohne dass das Ende der Schwangerschaft eintritt.

Wenn aus den genannten Untersuchungen weiter hervorzugehen scheint, dass die Existenz der Ganglien für die Herzthätigkeit vollkommen irrelevant ist, so ist das eine Vorstellung, mit der man sich in keinem Falle befreunden kann.

Sollten gegen meine Ansicht über die Ursache des Geburtseintritts sich gegnerische Stimmen erheben, so wird das zur Klärung dieser interessanten, und wie ich glaube, praktisch durchaus nicht unwichtigen Frage beitragen; vorläufig habe ich die Freude, dass v. Winckel in der neusten Auflage seines Lehrbuches die von mir vertretene Anschauung als die bisher am besten begründete bezeichnet und sich derselben anschliesst.

16) Centralblatt f. Gyn. IX.
17) Centralblatt f. Gyn. XIII.
18) Centralblatt f. Gyn. XIII.
19) Cfr. Winckel, 25 Fälle. Centralblatt für Gyn. V und Schönberg, Klinik Aarbog Bd. V, 1889.
20) Schatz's Wehenhemmungscentrum.
21) Curschmann. Arb. aus der Leipziger Klinik 1893.

Referate.

F. Goldschmidt: Zur Casuistik der Tuberkulose im Kindesalter. (Münchener med. Wochenschrift № 52, 1893).

Verfasser berichtet über 3 Fälle von Tuberkulose im frühen Kindesalter, bei denen eine intrauterine Uebertragung mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf. Im ersten Falle, bei einem 1¼ Jahre alten stark hereditär belasteten Kinde, das über beiden Lungen die Erscheinungen des Katarrhs darbot, ergab die Section zahlreiche bronchopneumo-



nische Herde im Unterlappen, miliare Tuberkel, Schwellung und Verkäsung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen; in der Furche, wo das Ligamentum teres in die Leber eintritt, fand sich in der Lebersubstanz ein aus kleinen Tuberkeln zusammengesetzter Herd. Bedenkt man, dass das Lig. teres beim Foetus die Vena umbilicalis enthält, welche dem Kinde das zur Ernährung und Athmung nothwendige Blut zuführt, so liegt es sehr nahe anzunehmen, dass das Kind intrauterin inficirt worden sei. Im 2. Falle handelte es sich um ein 7-monatliches, schwaches Kind. Die Section ergab auch hier ausser zahlreichen, tuberkulösen Herden in den Lungen und im Darm ein hirsekorngrosses, Tuberkelbacillen enthaltendes Knötchen an der Eintrittsstelle des Ligamentum teres; da sich in der Leber sonst keine Tuberkel nachweisen liessen, so ist es wahrscheinlich, dass die Bacillen mit dem Nabelvenenblut in den Körper des Kindes gelangt sind. Der 3. Fall lässt sich mit Gewissheit als intrauterine Infection deuten: bei einem fünfwöchentlichen Kinde ergab die Section zahlreiche Tuberkel in beiden Lungen, Miliartuberkulose der Bronchialdrüsen, der Leber, Milz, Nieren und käsige Infiltration der Mesenterialdrüsen. Diese tuberkulösen Veränderungen sprechen mit Sicherheit für eine längere Dauer, als das Leben des Kindes betrug.

Abelmann.

C. Gerhardt: Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung. (Münchener med. Wochenschrift № 10, 1894).

Der 62-jährige Pat. wurde wegen Emphysem und Bronchialkatarrh aufgenommen. Er war vor Jahren bei einem Baue verschüttet worden, hatte eine Verletzung am rechten Arm davongetragen und soll seitdem mit Zittern des Kopfes behaftet sein. Die rechte Schulter steht höher als die linke, der Kopf steht schief, mit dem rechten Ohr der Schulter genähert, das Kinn vorgestreckt, nach links und oben gewendet. Der rechte Kopfnicker und der obere Theil des rechten M. cucullaris springen vor, fühlen sich hart an. Fortwährende Schüttelbewegungen des Kopfes, bei Erregung gesteigert. Mit dem Spiegel sieht man den Kehldeckel schiefstehend, nach links gewendet. Die Stimmbänder an der Stelle der Stimmfortsätze etwas verdickt und geröthet, machen ausgiebige Bewegungen. Bei gewöhnlicher Athmung macht das rechte Stimmband viel grössere Excursionen als das linke und zwar erfolgt die inspiratorische Abduction in mehreren kurz abgesetzten zuckenden Bewegungen. Legt man die Fingerspitzen auf den unteren Theil des Schildknorpels, so fühlt man rechts eine zuckende Bewegung. Der rechte hintere Gaumenbogen steht etwas höher und der hinteren Rachenwand etwas ferner, als der linke. Die Spitze der Uvula ist etwas mehr nach der rechten Seite gekrümmt. Stellung und Bewegung des Kopfes wie auch des Gaumens und Stimmbandes weisen in diesem Falle auf eine Mischform von tonischem und klonischem Accessoriuskrampfe hin.

Weyert.

Stolzenburg: Ueber die äussere Anwendung von Guajacol bei fieberhaften Erkrankungen. (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 5).

Die höchst merkwürdige, von Sciolla angegebene Wirkung des Guajacols hat Verf. an einer Reihe von Patienten nachgeprüft; meist waren es Phthisiker, bei denen die verschiedenen innerlichen Fiebermittel lange Zeit erfolglos angewandt worden waren, ferner Fälle von puerperaler Sepsis und acuten Infectionskrankheiten. Die Resultate waren folgende:

1. Das Guajacol, auf die äussere Haut eingepinselt, wirkt in prompter und energischer Weise Temperatur — erniedrigend.
2. Die Anfangsdosis soll bei Erwachsenen 2 Ccm. nicht überschreiten; wird diese Dosis gut vertragen, so kann man sie steigern, doch wird es kaum jemals nöthig sein mehr als 4 Ccm. einzureiben.
3. Ein schädlicher Einfluss mittlerer Dosen (bis zu 4 Ccm.) auf innere Organe, Herz, Nieren etc. ist nicht beobachtet worden. Bei grösseren Gaben können Collapserscheinungen auftreten.
4. Beim Sinken der Temperatur tritt starker Schweiss auf; das erneuerte Steigen der Temperatur geschieht meist unter Schüttelfrost; diese Erscheinungen wirken bei öfterer Wiederholung so schwächend auf die Patienten, dass das Guajacol als Fiebermittel zu anhaltendem, längerem Gebrauch nicht empfohlen werden kann.
5. Ein Einfluss auf den Gesammtverlauf irgend einer Krankheit hat sich durch die bisherigen Beobachtungen nicht feststellen lassen.

Abelmann.

R. v. Jaksch (Prag): Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Lactophenin. (Centralblatt für innere Med. 1894, 11.)

Das in Wasser lösliche Pulver, von leicht bitterem, durchaus nicht unangenehmen Geschmack, stellt chemisch ein Phenetidin dar, in welchem die an dem Ammoniakrest haftende Essigsäure durch Milchsäure ersetzt ist. Das Lactophenin ist bereits bei Gelenkrheumatismus und Influenza angewendet worden; namentlich Schmiedeberg hat die beruhigende Wirkung des Mittels gelobt. Die Resultate, welche v. Jaksch bei Anwendung des Lactophenins gegen Typhus abdominalis erhielt, waren gradezu überraschend.

Im Ganzen wurden 18 Fälle mit diesem Mittel behandelt; die Verabreichung geschah in Dosen von 0,5—1,0; pro die bis 6,0; irgend welche schädliche Wirkungen traten nicht ein, insbesondere stellte sich nie Cyanose (charakteristische Wirkung der Anilidengruppe) ein, auch Erbrechen wurde nicht constatirt. In Dosen von 0,5—1,0 bewirkt das Mittel eine prompte Temperatur-Erniedrigung, welche lange Zeit anhält; das spätere Ansteigen der Temperatur geht ohne Schüttelfrost einher; dabei wirkt das Lactophenin ungemein beruhigend auf die Typhuskranken: die Delirien schwinden, das Sensorium wird frei, es tritt subjectives Wohlbefinden ein, wie es Verf. bei keiner anderen Behandlungsart des Typhus beobachtet hat. Auch bei anderen Infectionskrankheiten (Scarlatina, Influenza, Sepsis etc.) verabreichte Verf. das Lactophenin mit gutem Erfolge.

Abelmann.

Ad. Schmitt: Alveolärsarkom des weichen Gaumens. (Münchener med. Wochenschr. 1894, Nr. 10).

Bei dem 12 jährigen Pat. wurde 1½ Jahre vor der Aufnahme zufällig eine kaum erbsengrosse Geschwulst am Gaumen entdeckt, die nach mehrfachen Abtragungen immer schnell recidivirte. S. fand auf der linken Hälfte des weichen Gaumens eine 2 Cm lange, 1½ Cm. breite, ½ Cm. hohe annähernd sagittal gestellte Geschwulst von intensiv rother Farbe und deutlich gekörnter Oberfläche.

Der Ueberzug der Geschwulst war im allgemeinen glänzend und machte den Eindruck einer stark hyperämischen Schleimhaut, die aber schon bei leisester Berührung blutete. Die Umgebung der Geschwulst schien unverändert, nur fühlte sich die linke Hälfte des weichen Gaumens etwas derber an als die rechte. Die Nasenhöhle war rhinoskopisch frei. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Bei der radicalen Entfernung der Geschwulst erwies es sich, dass dieselbe ganz diffus in das lockere Gewebe und die Muskulatur des weichen Gaumens überging. Ihre submucöse Ausdehnung übertraf die äusserlich sichtbare um mindestens das Dreifache. Auch aus dem nasalen Schleimhautüberzuge musste ein ziemlich grosses Stück herausgeschnitten werden. Zum Verschluss des weit über markstückgrossen, rundlichen Gaumendefects wurde durch den Langenbeck'schen Schnitt am rechten Alveolarrande die Schleimhaut des weichen und fast des ganzen harten Gaumens mobil gemacht. Die Heilung erfolgte glatt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte in Haufen gruppirte grosse epitheloide Zellen, die durch zarte bindegewebige Scheidewände getrennt waren, welche Structur dem Alveolärsarkom zukommt.

In der Literatur konnte S. keinen ähnlichen Fall finden.

Weyert.

In dem unter dem Protectorate

S. K. H. des Grossfürsten Michail Nikolajewitsch

stehenden

Alexander - Hospital für Männer,

gestiftet von deutschen Reichsangehörigen,

findet am 12. Juni anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Anstalt eine ausserordentliche Sitzung des Curatoriums statt, zu welcher viele der hiesigen Aerzte geladen sind. Aus bescheidenen Anfängen ist im Laufe eines Jahrzehntes ein stattliches, in vieler Hinsicht mustergiltiges Krankenhaus entstanden, dessen rasche Entwickelung für die Opferfreudigkeit unserer deutschen Gesellschaft sowohl, wie für die wirthschaftliche und ärztliche Leitung der Anstalt ein glänzendes Zeugniss ablegt. Das Alexander-Hospital hat sich rasch das Vertrauen weiter Kreise unserer Stadt gewonnen und gross ist die Zahl Derer, die sich dankbar der an sich selbst oder an ihren Angehörigen erfahrenen Segnungen dieser Stiftung erinnern. Durch die freiwillige Mitarbeit zahlreicher Aerzte ist das Alexander Hospital zugleich für einen grossen Kreis von Fachgenossen zu einem Centrum medicinischer Wissenschaft und zu einer Heimstätte ihrer ärztlichen Kunst geworden. Auch unsere Wochenschrift verdankt dem Alexander-Hospital manchen werthvollen Beitrag, manche Frucht in ihm geleisteter wissenschaftlicher Arbeit. Gerne schliessen wir uns daher der Schaar Derjenigen an, welche dem Alexander-Hospital an diesem Tage ihre Hochachtung und Sympathie bezeugen wollen. — Aus Anlass des zehnjährigen Bestehens des Hospitals ist ein umfangreicher, schön ausgestatteter geschäftlicher und medicinischer Bericht erschienen, welcher über Gründung, Entwickelung und Thätigkeit der Anstalt Auskunft giebt. Wir verzichten hier auf eine Wiedergabe der darin enthalte-



nen Daten, weil der Bericht gewiss vielen unserer Leser im Original vorliegen wird. Die demselben beigegebenen wohlgelungenen Lichtdrucktafeln veranschaulichen die Fortschritte in der äusseren Ausgestaltung des Hospitals (1884, 1887, 1892).

Den hohen, bei der Stiftung in's Auge gefassten Zielen hat das deutsche Alexander-Hospital während des ersten Jahrzehntes mit reichem Erfolge nachgestrebt. Möge es auch fürder unter bewährter Leitung, gefördert von hochherzigen Gönnern und treuen Mitarbeitern auf diesem segensreichen Wege vorwärtsschreiten — zum Wohle unserer leidenden Mitbürger, zum Nutzen der medicinischen Wissenschaft, zur Ehre unserer deutschen Gesellschaft und des ärztlichen Standes!

Vermischtes.

— Am 2. Juni feierten die Aerzte des städtischen Obuchowhospitals das 30-jährige Doctor- und Dienstjubiläum des Oberarztes der weiblichen Abtheilung desselben, Dr. W. Kernig. Da das 25-jährige Jubiläum für das Hospital fast unbemerkt vorübergegangen war, so benutzten die zahlreichen Freunde, Collegen und Schüler des hochverehrten Mannes diesen Tag dazu ihm eine Ovation zu bringen. Die ursprünglich privat geplante Feier nahm durch die zahlreiche Betheiligung auch dem Hospital nicht angehöriger Kreise einen glänzenden Verlauf.

Nachdem sich gegen 2 Uhr das gesammte Personal des Hospitals und zahlreiche Glückwünschende in der Wohnung des Jubilars versammelt hatten, wurde derselbe mit seiner Gemahlin durch die Glieder des Festcomités in den Saal geleitet und von den Anwesenden, unter denen wir nur den ad hoc aus Riga eingetroffenen ältesten Studienfreund Kernigs, Dr. R. Wolferz erwähnen, mit rauschendem Applaus begrüsst. Als erster trat der Präsident der Conferenz der Oberärzte aller städtischen Hospitäler Dr. A. A. Netschajew vor, im Namen der Oberärzte Glückwünsche darzubringen. Ihm folgte Dr. Wasten und feierte in längerer Rede den Jubilar als Chef, als Arzt und als Menschen. Bei dem uns zur Verfügung stehenden beschränkten Raume gehen wir auf den Inhalt der tiefempfundenen Rede nicht weiter ein und fügen nur hinzu, dass der Redner zum Schluss ausser den besten Wünschen für das weitere Wohlergehen des Jubilars demselben zur Erinnerung an diesen Tag eine photographische Gruppenaufnahme der Aerzte des Hospitals in einem geschmackvollen Mahagonirahmen mit Silber- und Emailleverzierungen nebst Widmung darbrachte. — Im Namen der Aerzte des Obuchow-Männerhospitals gratulirte der Oberarzt desselben Dr. A. A. Netschajew und wies auf die wissenschaftlichen Verdienste des Jubilars hin. Dann glückwünschte im Namen der weiblichen Aerzte und der früheren Schülerinnen Dr. L. A. Lawrowskaja, der Zeit gedenkend, wo Kernig die innere Klinik der ehemaligen medicinischen Curse für Frauen leitete. Es folgte eine Deputation der am Hospital angestellten Feldscherinnen, die eine Gratulationsadresse verlas. Hierauf brachten die im Hospital beschäftigten und die Lehrschwestern der St. Eugenien-Gemeinschaft des rothen Kreuzes einen Glückwunsch dar und endlich überreichten drei alte Wärterinnen des Hospitals Salz und Brod. — Jetzt ergriff der Jubilar das Wort und dankte den Glückwünschenden in warmempfundener Rede. Wenn er für seine dreissigjährige Hospitalthätigkeit einige Anerkennung verdiene, so habe er das nur einerseits dem Hospital selbst, andererseits dem beständigen Einflusse der Collegen bei gemeinsamer Arbeit zu verdanken.

Bei dem darauf stattfindenden Frühstücke wurden bei perlendem Schaumweine eine Reihe von Reden gehalten und die zahlreich eingelaufenen Telegramme verlesen. Mittlerweile trafen immer neue Gratulanten ein, sodass das schöne Fest erst spät seinen Abschluss fand.

— Zum Director des Kaiserlichen Instituts für Experimental-Medicin hierselbst ist an Stelle des verstorbenen Dr. Sperk der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der Warschauer Universität, Staatsrath Dr. Sergius Lukjanow ernannt worden.

— Ernannt: Der Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Geheimrath Dr. Sklifassowski und der ordentliche Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Lewschin — zu berathenden Mitgliedern des militär-medicinischen gelehrten Comités; der Oberarzt des Charkow'schen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Reich — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Moskauer Militärbezirks; Staatsrath Dr. W. Popow — zum Oberarzt des Militärhospitals in Brest-Litowsk.

— Der Professor der Augenheilkunde an der Universität Kasan, Dr. E. W. Adamjuk, ist anlässlich seines 30-jährigen Jubiläums zum Ehrenmitgliede dieser Universität gewählt worden.

— Der Oberarzt des Moskauer Alexander-Krankenhauses für unheilbare Kranke, Dr. A. W. Dobrow, beging vor Kurzem das 40-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar erhielt zahlreiche Glückwunschadressen von den Moskauer Hospitälern, der Moskauer Medicinalverwaltung, ärztlichen Vereinen etc.

— Zum Director des Mineralbades Busk (im Gouvernement Kielce) welches jetzt in den Besitz der Krone übergegangen ist, ist der bisherige Director der Lipezker Mineralquellen, Dr. Issajew ernannt worden.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Estland, Dr. Nikolai Krusenstern ist nach Kursk in der Eigenschaft des Oberarztes am dortigen Gouvernements-Landschafts-Hospital übergeführt worden und hat Reval bereits verlassen. Zu seinem Nachfolger soll, der «Reval. Ztg.» zufolge, der bisherige Medicinalinspectors-Gehülfe Dr. Cornelius Sprenshin in Aussicht genommen sein.

— Prof. Dr. Sarubin (Charkow), welcher nach 35-jährigem Dienst seinen Abschied genommen hat, ist in Anbetracht seiner verdienstvollen langjährigen Leitung der chirurgischen Hospitalklinik im Charkowschen städtischen Alexanderhospital von dem Curatorium dieses Hospitals gebeten worden, den Titel eines Ehren-Consultanten der genannten chirurgischen Abtheilung des Hospitals anzunehmen. (Jushny Krai — Russ. Med.)

— Für den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik der Charkower Universität soll an Stelle Prof. Sarubins, der bisherige ausserordentliche Professor der Chirurgie und Leiter der chirurgischen Facultätsklinik, Dr. Apollo Podres, in Aussicht genommen sein. (Jushny Krai—Russ. Med.)

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Billroth in Wien ist, Wiener Blättern zufolge, nunmehr der Professor der Chirurgie an der Prager Universität, Dr. K. Gussenbauer, ernannt worden. — Ueber die Gründe der Aufsehen erregenden Ablehnung Czerny's, Billroth's Nachfolger zu werden, veröffentlicht Prof. Albert in der «Wien. klin. Wochenschr.» eine Mittheilung, aus der hervorgeht, dass eine der Ursachen der Ablehnung in einem Missverständnisse beruhte, welches durch die verspätete Beantwortung eines an Albert gerichteten Schreibens Czerny's herbeigeführt wurde.

— Der bekannte Kliniker, Prof. Dr. Erb (Heidelberg) war vor Kurzem nach Moskau zu einer Consultation von einem dortigen Krösus, welcher an hartnäckiger Schlaflosigkeit litt, berufen worden. (Nowosti dnja — Wr.)

— Die Linnean Society in London hat ihre grosse goldene Medaille, die alle zehn Jahre für hervorragende Verdienste auf dem Gebiet der biologischen Wissenschaft vergeben wird, diesmal dem bekannten Darvinianer Professor Dr. Ernst Haeckel in Jena verliehen. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Professor der Hygiene in Halle, Dr. F. Renk hat den Ruf als Director des Gesundheitsamtes und Professor der Hygiene am Polytechnicum in Dresden angenommen.

— Der Privatdocent für Nerven und Geisteskrankheiten an der Charkower Universität, Dr. K. M. Leplinski, ist in der gleichen Eigenschaft an die Kiewer Universität übergeführt worden.

— Verstorben: 1) In Loshizy (Gouv. Siedlce) der dortige Arzt Franz Senzina, welcher seit 1871 die ärztliche Praxis ausübte. 2) In Warschau Dr. Ludwig Biberstein.

— Die Zahl der Doctor-Promotionen an der militär-medicinischen Academie hat in dem Lehrjahr 1893/94 die bisher noch nicht vorgekommene Höhe von 126 erreicht. Es ist diese grosse Zahl der Promotionen durch den Umstand zu erklären, dass viele Aerzte in den beiden vorhergegangenen Jahren in Folge ihrer Thätigkeit bei der Bekämpfung der Epidemien verhindert waren, ihre Dissertationen zu beendigen.

— Die Redaction des «Archiv biologischer Wissenschaften» (Архивъ біологическихъ наукъ), welches von dem hiesigen Kaiserlichen Institut für Experimental-Medicin herausgegeben wird, macht bekannt, dass statt der bisherigen einen Ausgabe mit parallel laufendem russischem und französischem Texte künftig zwei gesonderte Ausgaben, die eine — in russischer, die andere — in französischer Sprache, erscheinen werden. Beide Ausgaben werden inhaltlich identisch sein.

Der Subscriptionspreis ist bedeutend herabgesetzt worden: die russische Ausgabe wird in Russland 6 Rbl., im Auslande 7 Rbl. und die französische Ausgabe in Russland 7 Rbl., im Auslande 8 Rbl. jährlich kosten. Einzelne Hefte werden nicht mehr verkauft werden. Die erwähnten Aenderungen treten sofort in Kraft, so dass die erste Lieferung des III. Bandes bereits in veränderter Form erscheinen wird.

— In Buenos-Ayres ist Fräulein Rosalie Pawlowska, welche den Doctortitel an der Pariser Universität



erlangt hat, nach Ablegung der entsprechenden Prüfung als Primararzt am dortigen französischen Krankenhause angestellt worden.

— Am 29. Mai hat die Grundsteinlegung des Leprosoriums, welches auf der im Jamburgschen Kreise Allerhöchst bewilligten Landparzelle erbaut wird, stattgefunden. Die St. Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra hat 2 ,000 Rbl. für den Bau angewiesen.

— Das Medicinaldepartement entsendet drei Aerzte nach Sibirien behufs Studiums der Lepra bei den Samojeden und Ostjaken in den Gouvernements Tobolsk und Jenisseisk.

— Die Spenden für Hospitäler mehren sich in Russland in neuerer Zeit in erfreulicher Weise. Aus jüngster Zeit sind wieder folgende Darbringungen zu verzeichnen: 1) Die Ehrenbürgerin L. A. Rukawischnikowa hat der Stadtverwaltung von Nishni-Nowgorod gegen 60,000 Rbl. zur Errichtung eines Kinderhospitals von 20 Betten testamentarisch vermacht; 2) Mehrere Glieder der Familie Tereschtschenko haben zusammen 60,000 Rbl. der Stadt Kiew zum Besten des Arbeiterhospitals des Zesarewitsch Nikolai übersandt; welche zur Einrichtung einer Baracke für Infectionskrankheiten und zu Unterstützungen für arme Reconvalescenten des Hospitals verwandt werden sollen. 3) Zum Besten des Evangelischen Hospitals in Odessa haben eine Frau Wedde 20,000 Rbl. und W. J. Sanzenbacher 3000 Rbl. gespendet. 4) Eine Frau Basanowa erbaut in Irkutsk auf ihre Kosten eine grosse Irrenanstalt.

— Der nächste V. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft findet in Graz statt.

— Unter den neuen französischen Ministern sind zwei Aerzte, nämlich Dr. Lourties, welcher bereits seit 1888 Senator ist und jetzt das Handelsministerium übernommen hat, sowie Dr. Viger, der auch schon früher Minister der Landwirthschaft war. (Progrès med. — Wr.)

— In der Grafschaft Wales lebt der Arzt Salmon, welcher bereits das 104. Lebensjahr erreicht hat.

— Die Choleraepidemie in Russland herrscht nach dem letzten officiellen Bulletin noch immer in 6 Gouvernements. An der Spitze in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle steht das Gouvernement Warschau, in welchem (die Stadt Warschau mit 15 Erkr. und 9 Todesf. mitgerechnet) vom 22.—28. Mai 60 Neuerkrankungen und 30 Todesfälle vorkamen. Es folgt dann das Gouvernement Plozk mit 30 Erkr. und 17 Todesfällen (vom 15.—21. Mai); in dreien der von der Cholera heimgesuchten Gouvernements (Radom, Petrikau und Tula) ist die Epidemie in Abnahme begriffen. Im Gouv. Kowno ist vom 22.—28. Mai keine Neuerkrankung und auch kein Todesfall vorgekommen, dagegen werden aus Podolien wieder vom 22.—28. Mai 2 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Cholera gemeldet.

— Die Bubonenpest wüthet in Hongkong (China) wieder in schrecklicher Weise. Der europäische Stadttheil, welcher ein gutes Abzugssystem besitzt, ist bis jetzt verschont geblieben; dagegen sind in den von den Kulis bewohnten Theilen bereits ca. 1900 Personen an der Pest gestorben, darunter 2 englische Soldaten. Aus der Stadt sind gegen 80,000 Personen ausgewandert, was zur Weiterverbreitung der Seuche wohl beitragen wird. Es sind Maassregeln zur Unterdrückung der Epidemie ergriffen. Die inficirten Stadttheile sind von Cordons umgeben und von Soldaten werden sämmtliche Häuser desinficirt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Juni d. J. 6038 (2 mehr als in der Vorwoche), darunter 264 Typhus — (18 mehr), 673 Syphilis — (6 mehr), 71 Scharlach (6 weniger), 25 Diphtherie — (4 mehr), 99 Masern — (28 weniger) und 28 Pockenkranke — (2 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Mai bis 4. Juni 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
306	267	573	116	73	131	9	4	12	50	39	41	39	28	22	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 10, Masern 28, Scharlach 14, Diphtherie 15, Croup 5, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 16 Krankheiten der Verdanungscanals 81, Todtgeborene 23.



Дозв. ценз. Спб. 10 Іюня 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, 18. (30.) Juni 1894

Geburten mit Wehenschwäche.

Nach einem auf dem V. livländischen Aerztetage gehaltenen Vortrage.

Von

Dr. med. Alex. Keilmann,

ehem. Assistent der Frauenklinik zu Dorpat, z. Z. Volontärarzt an der Kgl. Frauenklinik zu Breslau.

Wer ein Mal Stunde über Stunde am Kreissbett vergebens auf eine kräftige, Erfolg versprechende Wehe gewartet und Tage hat verstreichen sehen, ohne dass ein sicht- oder fühlbarer Fortschritt der Geburt zu erkennen gewesen wäre, wird gewiss die Machtlosigkeit ärztlichen Könnens schmerzlich empfunden haben, das in solchen Fällen nicht im Stande ist, die wenigen kräftigen Wehen zu erzeugen, die in manchem Falle zur Vollendung der Geburt genügen würden.

Wenn auch heutzutage aus einer durch Wehenschwäche veranlassten Verzögerung der Geburt eine directe, objectiv zuzugebende Gefahr weder für die Mutter, noch für das Kind besteht, so sehnt sich der Praktiker doch mit Recht nach einem Mittel, welches die schlummernden Kräfte auszulösen bezw. die fehlenden zu ersetzen im Stande wäre.

Nach letzterer Richtung spielt die Zange eine grosse Rolle, die einerseits jedoch nur nach vollendeter Eröffnung in Betracht kommen darf, andrerseits auch hier wegen der Gefahr nachheriger Blutung noch mehr zurücktreten muss, als das im Allgemeinen geschieht. In ersterer Hinsicht ist ausser der Zange mit ihrer dynamischen Wirkung im Laufe der Zeit eine Reihe von Medicamenten empfohlen worden, die fast alle bald wieder als unwirksam und werthlos erkannt worden sind. Ich erinnere hier an Borax, Zimmt, Canabis indica, Inf. fol. uvae ursi etc.; dass auch Secale cornutum und seine Präparate an hervorragender Stelle als einfaches Wehenmittel empfohlen sind, hat viel Unheil gestiftet.

In die Gruppe der Brechmittel, die von Parker zur Hebung der Wehenschwäche empfohlen worden sind, gehört seinen wesentlichen Eigenschaften nach die Ipecacuanhawurzel, deren Alcohol-Extract als «mächtiger Erreger von Geburtswehen» neuerdings wieder angewandt und nach Drapes (Pet. Med. Wochenschrift 1892 Nr. 12) in derselben Wochenschrift von Stillmark (1892 Nr. 18) und Utt (1893 Nr. 2) als wirkungsvoll bezeichnet worden ist.

Die letztgenannten Collegen fordern durch ihre casuistischen Mittheilungen auf, den Werth des Vin. Ipecacuanhae zu prüfen und es schien mir der Mühe werth darauf bezügliche Versuche zu machen.

Ich konnte hoffen bei der grossen Zahl der meiner Beobachtung zugänglichen Geburten der Dorpater Poliklinik in kurzer Zeit eine Anzahl Fälle reiner Wehenschwäche zu finden, allein im Laufe von 2—3 Monaten (ca. 150 Geburten) habe ich nur 10 Mal Notizen über schwache Wehen machen können und nur 5 dieser Fälle konnte ich zur Prüfung des Vin. Ipecacuanh. verwenden.

Es ist nämlich eine häufige Erfahrung, dass namentlich bei Mehrgebärenden schwache Eröffnungswehen oft scheinbar ohne erkennbaren Grund plötzlich kräftigen Contractionen Platz machen, die in kürzester Zeit den Rest der Eröffnung und die Austreibung vollenden. Dieser Wendepunkt tritt nach meiner Beobachtung meist ein, wenn der Muttermund allmählich eine Weite von ungefähr 3—4 Fingerbreiten erreicht hat; wenn in dieser Zeit die bis dahin schwachen und seltenen Wehen keine Veränderung zeigen, so muss man es in den meisten Fällen für wahrscheinlich halten, dass beim Blasensprung, der schliesslich jeden Augenblick eintreten kann, die kräftigeren Wehen spätestens eintreten. Die Verstärkung der Wehen hängt hier vom Eintritt des vorliegenden Theiles in das Becken bezw. in die unteren Partien der Cervix ab, **was ich mit dem Hinweise auf die Anatomie der Cervix und die Lage massgebender nervöser Centren des Ute-**



rus motivire[1]). Wie nun diese Ueberlegung fast ausschliesslich für Mehrgebärende gilt, so wird auch nicht bestritten werden können, dass primäre Wehenschwäche bei diesen bei Weitem häufiger ist als bei Erstgebärenden, und dass die Zahl der Fälle noch weitere Einschränkung erfahren muss, wenn man berücksichtigt, dass die ersten Wehen bei Mehrgebärenden, welche die Portio zum Verstreichen bringen, den letzten Schwangerschaftswehen der Erstgebärenden gleichzusetzen sind. Die Diagnose «Wehenschwäche» darf überhaupt erst gestellt werden, wenn nach vollständigem Verstreichen der Cervix die Wehen ausbleiben. Diese bei irgendwelcher Beurtheilung von Wehen nicht zu übersehenden Verhältnisse sind durch vielfache Erfahrung gestützt, ausserdem ist das anatomische Substrat dieser Erscheinungen durch die Relation der vor mir von Küstner, Marchand, Bayer, Fritsch u. A. festgestellten Schwangerschaftsveränderungen der Cervix uteri zu den eignen nervösen Organen des Uterus gegeben, was ich im Anschluss an meine Untersuchung über die Cervix dargelegt habe; diese meine Ansichten über die Art der Wehenauslösung ist unterdess von Knüpffer durch anatomische Untersuchungen bestätigt und von mir weiter ausgeführt worden[2]).

Ausser der Berücksichtigung dieser im Allgemeinen auf Wehen bezüglichen Verhältnisse darf meiner Ansicht nach bei Prüfung eines Wehenmittels auch das jeweilige Geburtsstadium nicht übersehen werden. Die Eröffnungswehen verhalten sich im Beginn und gegen Ende der I. Periode verschieden und unterscheiden sich wesentlich von den Austreibungswehen, was mit oben berührten Verhältnissen zusammenhängt; endlich muss, wenn Uteruscontractionen intra partum künstlich erzeugt werden, eine genaue Beobachtung der III. Periode stattfinden, da dieses die einzige Zeit ist, in der Wehenschwäche immer verhängnissvoll ist.

Ich habe diese Gesichtspunkte, die einer Prüfung eines Wehenmittels zu Grunde liegen müssen, hier um so ausführlicher auseinandergesetzt, als ich in den Mittheilungen Utt's keinen derselben berücksichtigt finde, dann aber auch, um zu motiviren, dass nicht jeder Geburtsfall, bei dem die Wehen nicht sehr kräftig sind, zur Prüfung der Ipecacuanha-Wirkung herangezogen werden kann und hier der Schluss «post hoc, ergo propter hoc» leicht falsch ist.

Ich habe daher, um die Wirkung des Vin. Ipecacuanhae zu prüfen, nur solche Fälle benutzt, bei denen ich durch längere genaue Beobachtung die Wehenlosigkeit bezw. Wehenschwäche im Verlaufe der Geburt selbst constatirt hatte, und andrerseits diejenigen Momente, die eine mehr oder weniger plötzliche oder unvorhergesehene spontane Verstärkung der Wehen veranlassen konnten, nicht in Betracht kamen.

Die genaue Beobachtung, auf Grund deren ich die Diagnose «Wehenschwäche» stellte, bezog sich in erster Reihe auf die Länge der Wehenpausen, dann auf die Intensität (nicht Dauer) der einzelnen Wehe und endlich nach Berücksichtigung dieser beiden Momente auf den Fortschritt der Geburt, wobei durch präcise Untersuchung jedes ausserhalb des Uterusmuskels liegende Hinderniss (fehlerhafte Einstellung des Kindes, gefüllte Blase und Rectum, Beckenenge) ausgeschlossen war. Um also die üblichen Termini der Kürze halber zu gebrauchen, so gelten für vorliegende Beobachtungen einerseits nur primäre, andrerseits nur directe Wehenschwäche[3]) (Winckel). Man soll nicht meinen, es sei überflüssig mit solcher Pedanterie bei dieser Diagnose zu Werke zu gehen: Winckel macht in seinem Lehrbuch in überzeugender Weise auf die vielfachen Klippen bei Stellung dieser Diagnose aufmerksam, und wozu die falsche Ansicht über solche Dinge führen kann, illustrirt er durch eine Nassauer Statistik, nach der von 5055 Zangenoperationen 2231 wegen Wehenschwäche ausgeführt worden sind, wobei in weiteren 820 Fällen die Indication nicht angegeben war. Dass unter den 2231 Operationen ein grosser Theil nur ausgeführt worden ist, weil «wie es scheint, die Geburt zu lange gedauert hat» ist gewiss nicht zweifelhaft.

Folgende 3 Geburtsgeschichten zeigen nun reine primäre, directe Wehenschwäche; bei diesen habe ich Vin. Ipecacuanhae angewandt.

I. (Journal d. Poliklinik 1893 № 87). Frau Marie Rh. 34 a. n. hat 2 mal geboren; in beiden Wochenbetten (5 und 8 Wochen) krank gewesen. Letzte Regel im Juni. Während der Gravidität Schmerzen im Abdomen und Kreuz. Wehenbeginn 18. März.

Am 19. März 2 Uhr Mittags kam Pat. in meine Beobachtung.

Aeusserer Befund: Fundus uteri 3 Querfinger unter d. proc. xiph. Rücken des Kindes links, kleine Theile rechts; Kopf beweglich über dem Becken. Herztöne links in normaler Frequenz. Temp. 36,9 P. 76.

Innerer Befund: Portio vagin. erhalten, nach links verzogen; os extern. für einen Finger durchgängig. Blase steht; Kopf beweglich über dem Becken.

Wehenpausen von ca. 15 Min., Wehen von geringer Intensität 40—80 Sec. Dauer.

20. März 2 Uhr Nachts: Kreissende ist dazwischen umhergegangen, kürzere Wehenpausen sind vorgekommen, im Mittel jedoch 10 Min. Kopf noch beweglich, Muttermund für knapp 3 Finger durchgängig.

9½ Uhr Morgens: Kopf ins Becken eingetreten, doch noch beweglich; die kleine Fontanelle hat sich nach vorne gedreht; Mm. für 3 Finger; die Wehen wie vorher.

Da bis 11½ Uhr keine stärkeren Wehen auftreten, erscheint der Fall für einen Ipecacuanha-Versuch geeignet. Rückenlage, damit der etwaige Blasensprung den Versuch nicht stört. Jede Wehe wird notirt. 12 U. 59, 1 U. 12 und 1 U. 30 je 10 Tropfen Vin. Ipecacuanhae.

2 Uhr Mittags: Erbrechen; zwischen 2 und 3 Uhr keine Pause unter 10 Min., wohl aber längere. Die Intensität der Wehen desgleichen vermindert. Kopf bleibt beweglich. Erst am nächsten Tage d. h. ca. 17 Stunden später setzen kräftigere Wehen ein und um 8 Uhr Morgens wird der Kopf tief im Becken gefunden. Wehenpausen 5—8 Min. Uterus fühlt sich in jeder Wehe, deren Dauer gegen früher nicht verlängert ist, härter an, als vorher. 10 U. 15 Blasensprung. 10 U. 30 Untersuchung: Mm. verstrichen, der Kopf drückt auf. 11 U. wird das Hinterhaupt in der Vulva sichtbar, verschwindet jedoch in der Pause; dieses Spiel dauert eine halbe Stunde, 11 U. 30 Min. schneidet der Kopf unter Mitwirkung der Bauchpresse durch.

Placenta zeigt sich 15 Min. später gelöst und wird nach weiteren 15 Minuten aus der Cervix durch leichten Druck auf den Fundus uteri exprimirt. Wochenbett ohne Störung; nach 9 Tagen Mutter und Kind gesund entlassen.

II. (Journal d. Poliklinik 1893 № 119). Frau B. 42 a. n. hat 8 Mal geboren. Jedesmal stark p. p. geblutet. Wehenbeginn nach Abfluss des Fruchtwassers am 23. April. Am Abend desselben Tages übernahm ich den Fall. Wehen wenig intensiv und kurzdauernd, Pausen wechselnd von 10—45 Min. Portio erhalten. Trotzdem die Wehen nie vollkommen schwanden, sondern durchschnittlich in einer Stunde 2—3 Mal auftraten, verstrich die Portio erst in fast 24 Stunden.

Am 24. April Abends dieselben schwachen Wehen. Ich empfahl der Kreissenden dazwischen umherzugehen und überliess sie der Hebamme mit der Weisung nachzuschicken, wenn in der Nacht eine bemerkenswerthe Verstärkung der Wehen eintreten sollte. Um 5 Uhr Morgens des 25. April wurde mir solches gemeldet und gegen 6 U. fand ich den Mm. fast verstrichen, den Kopf tief im Becken. Die Contractionen des Uterus von längerer Dauer und objectiv sicher zu constatiren, die Pausen immerhin noch sehr ausgedehnt d. h. durchschnittlich 15—20 Min. Temp. 36,9. P. 80. Trotzdem also die Cervix peripher ad maximum gedehnt, Fruchtwasser nicht vorhanden war, blieben

---

[1]) Keilmann: Erklärung der Cervixfrage. Z. f. Geb. u. Gyn. B. XXII, 1891.

Knüpffer: Ursachen des Geburtseintrittes, Diss. Dorpat. 1892.

Keilmann: Ursachen des rechtzeitigen Geburtseintritts. Sitzungsbericht der Dorpater Naturforscher-Gesellschaft 1893.

[2]) Cf. Vortrag in der Naturforscher-Gesellschaft und St. Pet. med. Wochenschr. № 23.

[3]) Indirecte nennt Winckel die nicht vom Uterus abhängige Wehenschwäche (Blase, Rectum, etc.) cf. Lehrbuch der Geburtshülfe.



die Wehen schwach Hier lag also eine von allen Gesichtspunkten aus zu constatirende directe Wehenschwäche vor und die wehenerregende Wirkung des Ipecacuanhaweines wäre, wenn sie einträte, hier unbestritten. Daher zeichnete ich die Wehen auf und gab in 30 Min. 30 Tropfen in 2 Dosen, doch änderten sich die Wehen in $1^1/_2$ Stunden garnicht und ich exprimirte das Kind nach der Kristeller'schen Methode was leicht gelang, und injicirte gleich danach 0,005 Cornutin (Kobert). Die vollendete Lösung der Placenta konnte ich jedoch erst nach einer Stunde, in deren Verlauf ich 5 Nachgeburtswehen beobachtete, constatiren und erst ca. $1^1/_2$ Stunden p. p. entfernte ich die Nachgeburt aus den unteren Partien des Genitalschlauches durch leichten Druck auf das Corpus uteri. Die Blutung überschritt nicht die physiologischen Grenzen. Das Wochenbett war fieberfrei bis auf die Abendtemp. des dritten Tages[*]) (38,3) wobei die Pulsfrequenz jedoch 80 nicht überschritt. Nachwehen waren vorhanden, doch wenig schmerzhaft.

III. (Journal der Poliklinik 1893 № 125). Frau Helene P. 41 a. n. hat 4 mal ohne Störung geboren, befindet sich am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft. Am 29. April 11 U. Abends sei Abgang des Fruchtwassers erfolgt; 2 U. Morgens (30. April) seien in Zwischenräumen bis zu einer Stunde kurzdauernde, schwache Wehen aufgetreten, die in den Vormittagsstunden verschwunden seien; nach Mittag habe die Frau wieder Wehen gefühlt, die mit ebenso langen Pausen wie Nachts bis Abends 9 U. bestanden haben sollen, um welche Zeit ich die Leitung der Geburt übernahm. Befund um 9 Uhr: gutmittlere Constitution. Fundus uteri, entsprechend dem X. Mon. Rücken des Kindes in der linken Kante, Steiss im Fundus, kleine Theile rechts, Kopf frei beweglich über dem Becken. Herztöne links 120 in der Minute, Portio vorhanden. Mm. für 2 Finger durchgängig, Blase gesprungen, Pfeilnaht quer, grosse Fontanelle rechts, kleine links in gleicher Höhe. Becken normal. Die Wehen in Pausen bis zu 45 Min. von 30—80 Sec. Dauer, sehr geringer Intensität. Da die Blase gesprungen, erschien der Fall zum Versuch geeignet und ich veranlasste den Practicanten sämmtliche Wehen aufzuzeichnen. Einzelne Stunden hindurch sind die Notizen unter meiner Controlle gemacht und erstrecken sich auf 31 Stunden. Nicht notirt sind die Wehen von $1 + 2^1/_2$ Stunden und ausserdem noch $1^1/_2$ Stunden, während welcher die intelligente Frau, zu zählen angewiesen, angab, 8 Wehen gehabt zu haben. Im Verlauf der Geburt ist bemerkenswerth dass die Wehen in den Morgenstunden des 1. Mai schwächer wurden und bald nach 9 U. ganz aufhörten. Nachdem mir dieses gemeldet war, erhob ich folgenden Befund um 10 U.: Der frei bewegliche Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen, Portio verstrichen, Mm. für 3 Finger durchgängig, vollständiger Wehenmangel. Nach Lagerung der Frau konnte nach einer Stunde constatirt werden, dass der Kopf wieder über dem Beckeneingang stand; um dieselbe Zeit begannen auch wieder leichte Wehen, die jedoch erst nach einer weiteren Stunde objectiv zu constatiren waren, und sich dann nicht anders verhielten, als vor der Abweichung des Kopfes. Daher gab ich 3 Dosen a 10 gtt. Vin. Ipecacuanhae, danach trat Brechreiz auf, brachte die Bauchpresse in Action und machte den «Leib plötzlich hart». Diese Erscheinung halte ich nicht für Wehen; diese zeigten sich vielmehr, als die Beobachtung durch Brechen nicht mehr gestört war (10—15 Min. später) als gerade so selten und unwirksam, als vorher, ja noch schwächer, denn in $1^1/_2$ Stunden trat nur eine kaum objectiv nachzuweisende Wehe auf. Erst gegen Abend verkürzten sich die Wehenpausen allmählich und als gegen Mitternacht der Kopf schliesslich durch die Summe der Wehen fast ins Becken gestellt war, näherte sich der Wehentypus dem normalen. Um $^1/_2$2 Uhr war eben noch ein Saum des Muttermundes zu fühlen der Kopf hatte die Beckenenge erreicht. Um 4 U. wird das lebensfrische reife Kind spontan geboren. Der Uterus hält sich gut contrahirt, keine Blutung. Nach ca. 30 Min. tritt die erste kräftige Nachgeburtswehe auf und nach einer weiteren halben Stunde erscheint die Nachgeburt bei leichtem Druck auf das Corpus schön invertirt. Danach erhielt die Wöchnerin 1,0 Sec. cornutum. Im Wochenbett spärliche Nachwehen, meist nur beim Anlegen des Kindes. Höchste Temp. 37,3, höchste Pulszahl 84. Kind und Mutter am 10. Tage gesund entlassen. Uterus gut involvirt.

In den vorstehend referirten Geburten habe ich nun die etwaige Wirkung des Vin. Ipecacuanhae an Eröffnungswehen (I. u. II.) sowie an Austreibungswehen (III) erproben wollen und als kaum zu bestreitendes Resultat **stellt sich die völlige Indifferenz dieses Mittels heraus**. In weiteren zwei Fällen habe ich, ohne alle Wehen aufzuzeichnen, Vin. Ipecacuanhae mit der gleichen Erfolglosigkeit angewandt. Der eine Fall betraf eine II. p. mit perimetritischen Beschwerden (Nr. 760), der andere eine I. p.; der letztere Fall möge deshalb referirt werden.

IV. Journal der Poliklinik 1893 № 3. Frau Julie R. 24 a. n. Primipara, consultirte mich am 2. Januar im 6. Monat ihrer Schwangerschaft wegen Hämoptoe. Ich fand eine schlecht compensirte Mitralisinsufficienz. Die Untersuchung der Lungen ergab ein negatives Resultat. Um mich meines Befundes zu versichern, ersuchte ich den Collegen Büttner, Assistent der internen Abtheilung des Bezirkshospitals um eine Untersuchung der Kranken. Ich danke ihm die Bestätigung des Befundes und die Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen, die desgleichen negatives Resultat hatte. Wir nahmen daher einen hämorrhagischen Inferel von geringem Umfang und als dessen Ursache den Herzfehler an. Das Herz günstig zu beeinflussen gelang bald. Die Hämoptoe schwand in wenigen Tagen ohne Symptome zu hinterlassen. Ich wartete den spontanen Eintritt der Geburt ab, der am 27. März etwa 3—4 Wochen ante terminum erfolgte, nachdem am 25. März schon mehrere Stunden schwache Wehen bestanden hatten.

Obgleich der Allgemeinzustand der Kreissenden relativ gut war, war ich entschlossen die Entbindung mit der Zange vorzunehmen, sobald dieselbe ohne Schaden angelegt werden konnte. Die Eröffnung ging jedoch wegen primärer Wehenschwäche, die durch den schlechten Ernährungszustand der Pat. erklärt werden muss, ausserordentlich langsam vor sich. Ich unterstützte dieselbe durch Incisionen in den Mm., doch konnte ich erst in der Nacht auf den 31. März d. h. am 5. Tage continuirlichen Kreissens die Extraction des lebenskräftigen Kindes nach Sprengung der Blase vornehmen. Am 28. und 29. März gab ich Vin. Ipecacuanhae, wie aus dem Verlauf deutlich hervorgeht, ohne jeglichen Erfolg.

Die Nachgeburt verlief ohne Störung. Das Wochenbett während 9-tägiger Beobachtung desgleichen. Der Allgemeinzustand besserte sich wesentlich, doch haben sich neuerdings 4—6 Wochen p. p. wieder Compensationsstörungen gezeigt. Das Kind ist gross und kräftig.

Ist nun aus diesen 5 Beobachtungen evident, **dass dem Vinum Ipecacuanhae die Eigenschaft eines Wehenmittels durchaus abgesprochen werden muss**, so erübrigt noch die kritische Prüfung der scheinbaren Incongruenz meiner Beobachtungen mit denen Utts und Stillmarks. Es sei mir vorher gestattet mit Hinweis auf die einleitenden Bemerkungen über den Verlauf hierher gehöriger Geburten auch diejenigen Fälle zu referiren, bei denen ich kein Vin. Ipecaçuanhae angewandt habe. Hier treten diejenigen Momente deutlich hervor, in denen leicht Vin. Ipecacuanhae **vor Eintritt kräftiger Wehen** hätte gegeben werden können und diese als Folge des Mittels hätten erscheinen können.

V. Journal der Poliklinik № 80 1893. Frau Anna K. 27 a. n. erste Geburt vor $2^1/_2$ Jahren; normales Ende der Schwangerschaft. Wehenbeginn nach Aussage der Frau am 12. März.

Status 14. März 10 Uhr Morgens: Kräftige Constitution. Fundus uteri dem 10. Monat entsprechend hoch; Rücken rechts kleine Theile links, Kopf beweglich über dem Becken; Herztöne rechts, leise doch normal; grösster Umfang des Abdomens 107 (starker Panniculus).

Mm. fast verstrichen, Blase steht; Kopf eben zu erreichen, beweglich. Da die Wehen kurzdauernd und schwach, in langen Pausen auftreten, sprengte ich um 11 U. 50 die Blase, die zu dieser Zeit sprungfertig stand. Der Kopf trat gleichzeitig mit dem Abfluss des Vorwassers tief ins Becken herab und drehte sich in den graden Durchmesser des Beckens. Bald danach drückte der Kopf auf und kurz vor 1 Uhr schnitt der grosse Kopf ohne Kunstgriffe durch. Das lebensfrische Kind wog 3700 Gramm; 1 Uhr 50 erschien die Nachgeburt unter Mithülfe leichten Druckes. Für das Wochenbett sind am 2. und 3. Tage Abendtemp. von 38,0 (P. 64) und 38,1 (80) notirt, während im Uebrigen alle Temperaturen normal, auch sonst keine Störungen zu verzeichnen waren. Wie lange die I. Periode der Geburt gedauert, kann ich in diesem Falle nicht angeben, doch war die Qualität der Wehen die ich antraf mit der Angabe, dass die Geburt schon mehr, als 30 Stunden dauere, wohl in Einklang zu bringen; dem gegenüber hat die Austreibungsperiode doch nur 1 Stunde gedauert. Hätte ich hier nach meinem Eintreffen am Kreissbett vertrauensvoll Vin. Ipecacuanhae gegeben, so wäre ein Fehlschluss wohl die Folge.

VI. Journal der Poliklinik 1893 № 74. Frau Anna S. 38 a. n. hat 4 Mal geboren; die ersten Wehen 12. März 8 Uhr Abends,

*) Anm.: Resorption nicht infectiösen Lochialsecrets. Die Hebamme hat gegen meine Anordnung schon in den ersten 24 Stunden p. p. begonnen verschiedene Abführmittel zu geben und mehrfach Klysmata zu appliciren.



am rechtzeitigen Ende der Gravidität. Befund 12 Uhr Nachts: Fundus uteri 2 Fingerbreiten unter dem Rippenbogen. Rücken links, kleine Theile rechts. Kopf beweglich über dem Becken. Herztöne links; Portio erhalten, os ext. für einen Finger durchgängig, Blase steht, Kopf mit der Fingerkuppe eben zu erreichen. Wehenpausen viertelstündig und länger, Wehen schwach und kurzdauernd.

5 Uhr Morgens Fruchtwasser geht während einer stärkeren Wehe ab. Kopf bleibt ganz frei beweglich, Portio noch nicht verstrichen. Mm. für knapp 2 Finger durchgängig. Die Wehenpausen wurden, da die Ganglien nun noch mehr entlastet waren, als vorher, viel länger und bis 6 Uhr Abends war kaum eine Pause kürzer als 30—45 Min. Die Erweiterung des Mm.'s war bis 6 Uhr Abends um eine Fingerbreite fortgeschritten. Der Kopf war immer noch freibeweglich über dem Becken. Die Wehenlosigkeit war in den letzten Stunden nahezu to'al und es wurde die Beobachtung der Kreissenden bis zum Eintritt kräftiger Wehen unterbrochen. Einige Stunden danach, nachdem die Frau umhergegangen war, traten solche auf und zwischen 10 und 11 U. Abends wurde das lebensfrische Kind und die Nachgeburt spontan geboren. Der Uterus involvirte sich ausgezeichnet. Höchste Temp. im Wochenbett 37,2; höchste Pulszahl 72.

Dieser Fall zeigt ca. 24 Stunden dauernde Wehenschwäche in präciser Abhängigkeit von der Stellung des vorliegenden Theiles und ein fast plötzliches Auftreten kräftiger Wehen, die in kürzester Zeit die Hauptarbeit der Eröffnung und Austreibung des Eies vollenden. Leicht hätte hier ein gegen Abend gemachter Therapie-Versuch eine eclatante Wirkung desselben vortäuschen können.

(Schluss folgt).

Der Menstruationszustand und die Menstruationspsychosen.

Von

Prof. P. J. Kowalewski.

(Charkow.)

Es giebt Zustände im menschlichen Organismus, welche, obgleich sie sich Millionen von Malen wiederholen und an und für sich ganz normal und physiologisch sind, dennoch den Organismus in solche Existenzbedingungen setzen, dass es schwer wird ihn als vollkommen normal und seine Functionen als ganz physiologisch anzusehen. Solche Zustände sind besonders häufig im weiblichen Organismus und zu denselben müssen gerechnet werden: die Menstruationsperiode, die Periode der Schwangerschaft, die Geburt, die Nachgeburtsperiode und die Lactation. Alle diese Zustände sind an und für sich normale, physiologische und gesetzmässige Erscheinungen, sie rufen aber zugleich im weiblichen Organismus solche Erscheinungen und Veränderungen hervor, dass sie im besten Falle ihn aus seinem Gleichgewicht bringen und unter ungünstigen Verhältnissen direct krankhafte Zustände verursachen. Was man über den weiblichen Organismus im Allgemeinen sagen kann, das gilt in demselben Maasse, wenn nicht noch mehr, von seinem Nervensystem. Dasselbe verliert unter solchen Umständen seine Stabilität und ist bei den geringsten ungünstigen Complicationen zur Affectäusserung und schnell vorübergehenden Störungen geneigt und bei noch ungünstigeren Verhältnissen seitens des Organismus oder äusserer Bedingungen sind alle diese Zustände geeignet ständige und ernste Abweichungen im Gebiete des Centralnervensystems in Form von Neurosen und Psychosen hervorzurufen.

Wir halten es für richtig, den Menstruationszustand mit den anderen uterinen Zuständen in eine Linie zu stellen, denn er steht mit denselben in enger genetischer Verbindung, wird von Veränderungen in denselben Organen begleitet und bewirkt ebensolche Veränderungen im Gebiete des Seelenlebens, Virchow nannte die Menstruationsveränderungen «eine Schwangerschaft in verkleinertem Maasstabe» — und von diesem Standpunkte aus hatte er vollkommen recht.

Alle Frauen der Erde, von ihrem ersten Erscheinen auf der Welt an, haben bis jetzt getragen, tragen und werden tragen die Strafe ihres Geschlechts — die Menstruation. Milliarden von Malen wiederholte sich in der Welt dieser Zustand, indessen ist unsere Kenntniss über sein Wesen, seine Bedeutung und Bestimmung um nichts vorgerückt. Unstreitig ist nur eins: eine jede Frau, die zu menstruiren angefangen, erfährt bei jeder Menstruation Veränderungen im ganzen Organismus, besonders aber im Centralnervensystem. Es ist wahr, dass in verschiedenen Fällen diese Abweichungen ungleich sind, — in einigen Fällen sind sie kaum merklich und werden leicht ertragen, in anderen können sie wirkliche Krankheiten geben; indessen giebt es keine Frau, welche die Menstruationsperiode ungestraft ertragen könnte. Darüber sind alle Neuropathologen, alle Geburtshelfer einig.

Was die Neuropathologen anbetrifft, so messen sie dem Menstruationszustand eine ungeheure Bedeutung bei. Bereits Hippokrates achtete auf die Menstruationsperiode. Ferner besitzen wir wichtige Andeutungen über diesen Zustand bei Pinel, Esquirol, Jacoby, Morel und bei sehr vielen anderen Autoren.

Für uns Neuropathologen hat der Menstrualzustand eine ungeheure Bedeutung in verschiedenen Beziehungen. Wir wissen, dass bei vielen jungen Mädchen die erste Erscheinung der Menstruation der kritische Moment ist in Bezug auf krankhafte Nervenäusserungen. Der weitere gewöhnliche Verlauf der Menstruationen bleibt auch nicht ohne Einfluss auf die Functionen des weiblichen Organismus. Krankhafte Abweichungen im Gebiete der Menstruation werden noch häufiger von Nervenstörungen begleitet. Endlich ist das Aufhören der Menstruation oder das Eintreten des klimakterischen Alters gleichfalls nicht selten mit Nervenstörungen verbunden.

Das erste Auftreten der Menstruationen ist besonders oft mit verschiedenen krankhaften Nervenerscheinungen verbunden.

Wenn man den Satz gelten lässt, dass eine jede Menstruationsperiode, in verschiedenem Grade, unbedingt einen ungünstigen Einfluss auf die Functionen des Organismus einer jeden menstruirenden Frau ausübt, so kann man dennoch den Umstand nicht unberücksichtigt lassen, dass einige Perioden stärkere Wirkung auf den Organismus haben als andere. So wirken die beim Mädchen zum ersten Mal auftretenden Menstruationen viel stärker als die folgenden, wo sie normal geworden sind und das Mädchen sich an sie gewöhnt hat. Genau so wirken unvergleichlich stärker auch die letzten Menstruationen. Ob hier die ersten und letzten Menstruationen an und für sich Einfluss haben oder nur jene neuen Entwickelungsphasen, in die der weibliche Organismus tritt, im ersten Falle der Beginn der Periode der geschlechtlichen Entwickelung, im zweiten die Altersperiode — lässt sich schwer mit Bestimmtheit sagen. Jedenfalls ist es sicher, dass erstens die Menstruationsperioden dieser zwei Lebensphasen der Frau auf ihr Nerven- und Seelenleben stärker einwirken, als im übrigen Leben und zweitens existiren unumstössliche Fälle, welche klar zeigen, dass das erste Auftreten der Menstruationen und ihr Verschwinden von Anfällen stürmischer, scharfer Psychosen begleitet wurde, welche mit dem Beginn und dem Aufhören der Menstruationen in directer und unmittelbarer Verbindung standen.

Wir müssen jedoch erklären, was wir unter den «ersten» und den «letzten» Menstruationen verstehen. Unter den «ersten» Menstruationen versteht man solche, die beim Mädchen zum ersten Mal und einige Male darauf auftreten, bis sein Organismus sich an diese Erscheinung gewöhnt, die Menstruationen ihren regelmässigen Gang nehmen und für den Organismus mehr oder weniger regelmässig werden. Die Menstruationen sind nämlich bei den ersten Malen ihres Auftretens fast immer sehr unre-



gelmässig: bald treten sie auf in Pausen von 3 Monaten, bald von fünf Monaten, bald von einem Jahr, bald selbst von zwei Jahren und noch mehr.

Diese unregelmässig auftretenden Menstruationen beeinflussen den weiblichen Organismus gleichmässig ungünstig, und zwar so lange, bis die Menstruationen eine gewöhnliche und ordnungsmässige Erscheinung geworden sind. Alle diese Perioden müssen zu den «ersten Menstruationen» gerechnet werden, als zu solchen, welche auf den Organismus schwerer und erschütternder einwirken. Ebenso endigt auch das Menstruationsleben der Frau nicht mit einem Male, sondern allmählich, im Laufe einiger Monate und Jahre; die Menstruationen treten einen Monat ein, den andern — nicht, treten wieder ein, wieder einige Monate nicht — und das so lange, bis sie sich nicht mehr wiederholen. Im Verlauf dieser ganzen Zeit wirken die Menstruationsperioden — ob hierbei Blutabgänge stattfinden oder nicht, bleibt sich gleich — auf den Organismus und namentlich das Nervensystem stark ein. Alle diese unregelmässigen, das Menstruationsleben der Frau beschliessenden Menstruationen müssen zu den «letzten Malen» gerechnet werden, die ebenso schwer sind, wie die ersten Male des menstruirenden Mädchens.

Bei unserer Darstellung werden wir uns an folgende Ordnung halten: wir betrachten zuerst den Einfluss der ersten Menstruationen und der gewohnheitsmässigen Menstruationen auf den Organismus der nervenstarken Frau, gehen sodann über zum Einfluss dieser Zustände auf den Organismus einer durch Erblichkeit nervenschwachen Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung der Menstruation zu den Psychosen, und besprechen endlich den Einfluss der letzten Menstruationen auf das Nerven- und Seelenleben der gesunden und kranken Frau.

I. Die ersten Menstruationen lenkten bereits die Aufmerksamkeit der alten Aerzte auf sich. So waren Hippokrates Fälle bekannt, wo die ersten Regeln Psychosen veranlassten. Esquirol, der den Menstruationen überhaupt eine ursächliche Bedeutung in Bezug auf Psychosen zuschreibt, da er ihren Einfluss fast in $^1/_6$ aller Fälle von Geisteskrankheiten bei Frauen findet, wendet seine besondere Aufmerksamkeit den ersten Menstruationen zu. Einen ebensolchen Hinweis auf die ernste Einwirkung der ersten Menstruationen auf das Nerven- und Seelenleben des Weibes finden wir bei Morel[1]) und vielen anderen Autoren. Bei Mädchen mit nicht belastetem Nervensystem tritt durchweg zwei bis drei Tage vor dem Erscheinen der Menstruation Kopfweh ein, eine erhöhte Reizbarkeit, Weinerlichkeit, eine gewisse Abmattung und ein leichtes Unwohlsein. Oft tritt hernach die Regel ein und einige Tage später kommt alles in seinen gewöhnlichen Zustand. In manchen Fällen geht dieser krankhafte Zustand nach 2—3 Tagen vorüber, ohne dass die erwartete Menstruation eintritt; in anderen wiederholen sich solche Erscheinungen alle 28—32 Tage 3 bis 4 mal und erst dann treten die Regeln ein. In noch anderen Fällen hören die Regeln nach einmaligem Auftreten während 5—6 Monate auf und anstatt ihrer erscheinen jene Nervenäusserungen, welche gewöhnlich die Menstruationsperiode begleiten.

Nun aber sind die Menstruationen bei einem völlig gesunden Mädchen eingetreten und haben ihren regelmässigen Verlauf. Das Mädchen ist zur Jungfrau geworden, die Jungfrau zur Frau. Die Menstruationen treten regelmässig ein, dauern eine gewisse Zeit und hören rechtzeitig auf. Wie gesund aber auch das Weib sein mag, so wird sein Nervensystem bald grösseren bald geringeren Erschütterungen unterworfen. Das menstruirende Weib ist empfänglicher, empfindlicher, reizbarer, launisch. Es treten Zerschlagenheit, ein Gefühl der Ermüdung, Schmerzen ein, die bald grösser, bald geringer, in verschiedenen Körpertheilen ihren Sitz haben, namentlich aber im Gebiete des Kopfes. Die Frau ist mehr zur Weinerlichkeit, Unzufriedenheit, Empfindlichkeit und Zanksucht geneigt. Ihr Appetit und Schlaf nehmen ab, ihre Geistesstimmung wird mehr gedrückt. Die Fähigkeit zur geistigen und physischen Arbeit verringert sich und es ist eine schnellere Ermüdbarkeit und eine grössere Mattigkeit bemerkbar. Krieger[2]) beobachtete bei einer Frau in der Menstruationsperiode symptomatische Neurosen in Form von: Gefühl von Schwere im Körper, Uebelkeit, Erbrechen, Herzklopfen, Angina pectoris, örtliche Hyperästhesien, besonders in der Bauchgegend u. s. w.; Gehirnneurosen in Form von: Prosopalgie, Migräne, Krämpfen, und Paralyse der Gehirnnerven; Veränderungen der Gemüthsstimmung und des Charakters bald in Form von Erregung, bald in Form von Niedergeschlagenheit; endlich Rückenmarksneurosen in Form von Hitze oder Kälte in verschiedenen Körpertheilen, Anästhesien, Parästhesien, krampfhafte Erscheinungen in der Blasengegend, Paraplegien der unteren Extremitäten u. s. w. L. Meyer[3]) beschreibt gleichfalls verschiedenartige Nervenerscheinungen, welche sehr oft die Menstruation begleiten, und zwar bei Frauen ohne besondere Disposition zur Erkrankung des Nervensystems. Ein derartiger Zustand dauert alle Tage während der Menstruation, indem er gegen Ende derselben allmählich schwächer wird. Die Regeln haben aufgehört — das Weib ist wie neugeboren. Es ist rüstig, energisch, fröhlich und gesund. In seiner Seele ist es klar und es ist bereit ohne Unterlass zu arbeiten. Die Menstruationsperiode ist eine Schwangerschaft und eine Geburt im Kleinen, aber «mit Schmerzen wirst du Kinder gebären». Auf dem Wege der Leiden geschieht die Geburt und auf dem Wege der Schmerzen — die Erneuerung. Die Menstruationsperiode eines gesunden Weibes ist keine Krankheit, aber auch keine volle Gesundheit. Das ist ein solcher Zustand der functionellen Erschütterung des Organismus, der an und für sich nicht von der Norm abweicht, unter ungünstigen Verhältnissen aber der Boden für Entstehung von Krankheitserscheinungen in allen Körpertheilen, besonders im Gebiet des Nervensystems, werden kann, da nach der Ansicht Voisin's[4]) die Menstruation die Frauen nervöser und jedem Einflusse zugänglicher macht.

II. So verlaufen die Menstruationen bei dem gesunden Theile des weiblichen Geschlechts, viel schlimmer jedoch bei den mit nervösen Uebeln behafteten und zu Nervenerkrankungen beanlagten Frauen. In diesen letzteren Fällen ist der Einfluss der ersten und der gewöhnlichen Menstruation auf den Organismus des Weibes nicht gleich und äussert sich in verschiedenen Abstufungen.

a) Bereits einige Tage vor dem Auftreten der ersten Menstruation sind oft ihre Vorboten bemerkbar in Form von Reizbarkeit, unmässiger Fröhlichkeit, die nicht selten in eine ebenso übermässige Weinerlichkeit übergeht, Appetitmangel, sonderbaren Appetiten, Schlaflosigkeit und unruhigem Schlaf, allgemeiner Schwäche und Zerschlagenheit, geistiger und physischer Schwäche und Apathie, schneller Ermüdung und allgemeinem Krankheitsgefühl u. s. w. Alle diese Erscheinungen verstärken sich allmählich und erreichen ihren Höhepunkt am ersten Tage des Auftretens der Menstruation. In einem solchen Zustande kann der geringste Anstoss: Schreck, Freude, Ueberraschungen und andere Ursachen, zur Aeusserung von Hysterie werden. Unter günstigen Lebensbedingungen aber geht alles glücklich vorüber, die Nervenerscheinungen nehmen mit jedem Tage ab und beim Aufhören der Menstruation fühlen sich die Mädchen völlig rüstig, ener-

[1]) **Morel: Traité des maladies mentales.**

[2]) Krieger. Die Menstruation 1869.

[3]) L. Meyer. Die Beziehungen der krankhaften Zustände der Genitalien zu Geistesstörungen 1870.

[4]) Voisin. Des causes morales et physiques des maladies mentales, 1826.



gisch, gesund und stark. Aehnlich wie bei gesunden Mädchen giebt es Fälle, wo die Menstruationen nicht auf einmal eintreten, sondern einmal erschienen, sich nach grossen Zwischenräumen unregelmässig wiederholen; dann wird der obengenannte nervöse Symptomencomplex zu mehr oder weniger bestimmten Terminen anstatt der Menstruation als «Molimina menstrualia» erscheinen. Und nicht ohne ernste Bedeutung muss der Umstand sein, dass das Bild der Nervenzerrüttung während dieser Momente etwas stärker ausgeprägt ist, als da, wo es den Blutabgang begleitet.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

A. Dührssen: Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intrauteriner Kolpeurynse. (Deutsche medicin. Wochenschrift № 19).

Durch die combinirte Wendung nach Braxton Hicks ist die Sterblichkeit der Mütter bei Placenta praevia bedeutend herabgesetzt worden, die Mortalität der Kinder beträgt dagegen 60 pCt. Verfasser hat in 6 Fällen von Placenta praevia die intrauterine Kolpeuryse angewandt, alle Mütter genasen, 5 Kinder kamen lebend zur Welt. Die Blutung wurde durch das angewandte Verfahren prompt gestillt. Es wird die Blase gesprengt und der Kolpeurynter in die eröffnete Eihöhle eingeführt. Am Kolpeurynter wird ein permanenter selbstthätiger Zug angebracht, dadurch dass der Schlauch durch eine am Bettende angebrachte Schlinge hindurchgezogen wird. Der Kolpeurynter wurde mit 1 Liter Wasser gefüllt und spontan ausgestossen. Ihm folgte die Geburt des Kindes. In 2 Fällen wurde an die Ausstossung des Kolpeurynters die Wendung und Extraction des Kindes angeschlossen. Treten als Folge des eingelegten Kolpeurynters keine Wehen ein, so muss man möglichst lange warten (10—14 Stunden) und erst dann den Kolpeurynter manuell extrahiren. Die Hauptschwierigkeit in der Technik der intrauterinen Kolpeurыse besteht in der Blasensprengung. Am besten nimmt man dieselbe mit einer Kugel- oder Kornzange vor. Mit letzterer wird auch der Kolpeurynter über den inneren Muttermund geschoben. Die Füllung des Kolpeurynters geschieht aus einem Irrigator mit einer abgemessenen Menge Wasser — ½ Liter. Der Zug am Kolpeurynterschlauch hat möglichst nach abwärts zu geschehen; am besten wird das Becken durch einige untergeschobene feste Polster erhöht. Dass der Kolpeurynter spontan durch den Muttermund durchgetrieben wird, erkennt man an dem stärkeren Mitpressen der Kreissenden und weiter durch die innere Untersuchung. Bei Placenta praevia empfiehlt es sich, den in die Scheide getriebenen Kolpeurynter sofort zu extrahiren; blutet es dann nicht, ist der vorliegende Theil in das Becken getrieben, so wartet man ruhig ab — blutet es dagegen, so nehme man die innere Wendung und Extraction vor. Die langsame Extraction des Kolpeurynters darf nicht am Schlauch sondern muss am Kolpeurynter selbst vorgenommen werden, da im ersteren Falle der Schlauch abreissen würde. Die intrauterine Kolpeuryse ohne Beihülfe von Wehen bringt die Cervix nicht zum Verstreichen, sondern treibt sie nur auseinander. Es bleibt also vielfach ein weicher Muttermundsaum bestehen, der durch eine etwa nothwendige Extraction des Kindes einen Einriss erleiden kann. Diese Einrisse reichen jedoch höchstens bis an den Scheidenansatz, da der erweiterte Muttermundsaum keinen grossen Widerstand bietet. Die Extraction des Kolpeurynters erzeugt kleine Sprünge der Cervixschleimhaut.

W. Beckmann.

A. Wolisch: Ein Fall von retrocoecaler Actinomycose. (Intern. klin. Rundschau, 1894. № 11—13).

Pat. 28 Jahre alt, erkrankte ohne nachweisbare Ursache an Uebelkeiten, Erbrechen, lebhaften Schmerzen im ganzen Unterleibe. Gereichte Abführmittel hatten keinen Erfolg. Nach eintägiger Pause wiederholen sich die früheren Krankheitszeichen, gleichzeitig tritt localer Schmerz in der rechten Darmbeingegend auf. Nach 5 Tagen tritt der erste Stuhl auf. Nach dem Verlassen des Bettes bemerkte Pat. Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, welche gegen den rechten Oberschenkel und die rechte Lende ausstrahlten. Die Beugung, Streckung und Auswärtsbeugung des rechten Beines war durch Schmerzen behindert. Nach einem Monate erholte sich Pat. allmählich. Nach einiger Zeit bekommt Pat. wieder Schmerzen in der rechten Bauchseite und muss deswegen das rechte Bein flectirt halten, gleichzeitig leidet er an trägem Stuhl. Nach Entfernung eines Kothtumors im Coecum durch Klysmen lässt sich eine derbe Resistenz in der Regio iliaca dextra tasten. In der Folge treten zu den localen allgemeine Krankheitserscheinungen dazu: Fieber, leichte Milzschwellung, profuse Schweisse. Der Tumor wächst nach oben und hinten gegen die Lende, er ist knochenhart und nur wenig empfindlich; äusserlich macht sich eine Vorwölbung bemerkbar. Nach 3 Wochen tritt an einer ganz circumscripten, empfindlichen Stelle der knochenharten Geschwulst Fluctuation auf. Nach Incision und Entleerung von Eiter, der Actinomycespilze enthielt, allmähliche Genesung. Die Diagnose war auf Periappendicitis iliaca gestellt worden. Da bei perityphlitischen Abscessen in der Literatur ein Milztumor nirgends erwähnt ist, spricht sich W. dahin aus, dass ein Milztumor bei pericoecalen Processen eher für die actinomycotische Natur derselben spricht. Ebenso spricht die geringe Schmerzhaftigkeit eines solchen Tumors für Actinomycose. Das wichtigste Symptom ist aber die knochenharte Consistenz des Tumors. In einem späteren Stadium tritt inmitten der harten Geschwulst an einer circumscripten Stelle Fluctuation auf.

W. Beckmann.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. Februar 1894.

Dr. Gilbert hält seinen angekündigten Vortrag über die Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Die Retrodeviationen des Uterus stellen an und für sich keine Erkrankungen dar, sie bedingen nur für das betroffene Organ eine erhöhte Vulnerabilität; diese zu beseitigen ist Aufgabe der Therapie der Retrodeviationen. Die älteste Behandlung ist die Ringbehandlung, welche aber nicht frei von Unzulänglichkeiten ist, und nur an Frauen, die am Orte leben, durchführbar ist. Geheilt werden nur die frischen postpuerperalen Fälle; von den chronischen bleiben 20% ungeheilt. Daher ist auf's Wochenbett in dieser Hinsicht genauer zu achten. Die Durchführung der Therapie verlangt grosse Sachkenntniss und Uebung. Zu verwerfen sind Intrauterine — das Zwangsche Flügelpessar. Nicht durchführbar ist die Ringbehandlung bei abnormer Kürze und Schlaffheit der Scheide und bei sehr hochgradigem Knickungswinkel. Hier könnte die Massage versucht werden, doch leistet sie hier nicht so Gutes wie bei den adhärenten Fällen, wo es oft gelingt, durch diese Methode den Uterus mobil zu machen. Als Contraindication gegen die Massage betont Vortragender Dicke der Bauchdecken, gonorrhoische Infection, acute Entzündungen, Nervosität und schlechte sociale Verhältnisse. In einzelnen Fällen sind die Schultze'schen Hebungen als das kürzere Verfahren zu empfehlen.

Von den operativen Verfahren kommt bei den mobilen Retrodeviationen die Vaginofixatio in Betracht. Die Resultate der Mackenrodt'schen Methode sind keine guten. Nur bei enger Scheide und Prolaps der Vagina kann Vortragender sie zur gleichzeitigen Fixation des retrovertirten Uterus empfehlen. Die Dührssen'sche Methode ergiebt bessere Resultate, weil es mit ihr am besten gelingt den Fundus an die Scheide zu fixiren. Veit und Fritsch erkennen ihre Vorzüge ebenfalls an. Vortragender selbst hat 3 mal nach Dührssen operirt: ein Fall unbekannt, 2 Erfolge. Die Alexander Adam'sche Operation ist zu verwerfen. Bei adhärenten Retrodeviationen und bei einzelnen mobilen kommt die Ventrofixation in Frage, sie liefert gute Resultate, und hindert Conception und normalen Verlauf der Schwangerschaft nicht. (Autorreferat).

In der sich an den Vortrag schliessenden Discussion betont Dr. Rülle, dass die Pessarbehandlung seit c. 20 Jahren keine Fortschritte zu verzeichnen habe. Den Grund dafür sehe er in der unwissenschaftlichen Indicationsstellung. Die Autoren könnten sich nicht einigen über die physiologische Dignität des anatomischen Bandapparates, woher es komme, dass die Voraussetzungen der Pessarbehandlung wie diese selbst unsicher und widersprechend sind. Seine Ansichten habe er vor c. 20 Jahren in einem Vortrage niedergelegt und könne er dieselben nach Erweiterung seiner Erfahrungen heute noch aufrecht erhalten. Sehr guten Erfolg könne er mit dem intrauterinen Stift constatiren. Bis auf vorübergehende profuse Menses habe er nie bei dieser Behandlung eine schädliche Wirkung beobachten können. Bei temporärer Sterilität habe er durch dieses Verfahren c. 90% Heilung zu verzeichnen.

Dr. v. Knorre findet das Material Dr. Gilbert's doch zu klein, um ihm die Berechtigung zusprechen zu können, die Dührssen'sche Methode so warm zu befürworten. Dührssen fand unter den Gynaekologen wenig Anklang. Er selbst habe zwei Mal nach Dührssen operirte Frauen zu untersuchen Gelegenheit gehabt, und in beiden Fällen hatte keine Correction stattgefunden. Er für seine Person ist überhaupt kein Anhänger der Vaginofixation und ist überzeugt, dass diese Methode bald zu den historischen zu zählen sein werden. Die Neugebauer'sche Statistik spreche weniger gegen das Princip, als gegen die Aerzte. Unter den von Dr. Gilbert citirten



Autoren vermisse er die wichtige Arbeit Ziegenspecks, aus welcher hervorgehe, dass die Ursache der Retrodeviationen nicht in Erschlaffungszuständen, sondern in Entzündungen zu suchen sei. Die Aufgabe der Therapie wäre es demnach nicht die Gewebe zu festigen, sondern die Entzündungen und deren Folgen zu beseitigen. Dieser Aufgabe werde die Massage durch Dehnung der entzündlichen Fixationen etc. in vollstem Maasse gerecht.

Dr. Radecki wendet sich gegen die Behauptung Gilberts, dass die Massage sexuelle Reizung und hochgradige Nervosität hervorrufe. Entweder verfüge Dr. Gilbert nicht über eigene Erfahrungen, oder führe die Massage fehlerhaft aus. Bei ruhiger Haltung der Finger in der Vagina ist R. bei einer recht grossen Anzahl von Massagen nie die von Dr. Gilbert betonte Erscheinung zur Beobachtung gekommen, ebenso wenig eine stärkere Nervosität. Die Frauen fühlen sich im Gegentheil meist wesentlich besser. Die Beschwerden der Retrodeviation haben in der grossen Mehrzahl der Fälle ihre Ursache in den fast stets gleichzeitig bei sehr genauer Untersuchung nachzuweisenden entzündlichen Fixationen und Schwellungen in den Adnexen. Ob die Retrodeviation dabei mobil oder adhärent, spiele in symptomatologischer Hinsicht keine wesentliche Rolle, denn sind durch eine Massagecur die erwähnten Entzündungen beseitigt, so mache die allein übrig bleibende Retrodeviation oft keine Beschwerden mehr. Ehe man sich daher zu einem operativen Eingriff entschliesst, müsse man sich immer erst über das Verhalten der Adnexe orientiren.

Dr. v. Stryk meint, man müsse bei Beurtheilung dieser Fragen einen schärferen Unterschied machen zwischen den fixirten und den mobilen Retrodeviationen. Bei den ersteren wäre die Massage am Platze. Bei letzteren, namentlich bei starken Erschlaffungszuständen anämischer junger Mädchen könne die Massage nichts nützen, ebenso wenig, wegen Schlaffheit des Beckenbodens, die Pessarbehandlung. Hier kämen die operativen Methoden in Frage und unter diesen vorzüglich die Ventrofixation. Ueber die Pessarbehandlung habe Dr. Gilbert entschieden zu abfällig geurtheilt.

Dr. Helmsing betont, dass man unterscheiden müsse zwischen den Fixationen des Fundus uteri und denen der Cervix, bei welch' letzteren der Fundus oft in Anteflexion zu bringen sei — nicht aber die Cervix nach hinten. Diese Fixationen werden oft nicht richtig erkannt, resp. gedeutet, während dieselben nach Ziegenspeck gerade als Ursache für das hartnäckige Fortbestehen der Retrodeviation anzusehen seien. Die Therapie habe bei den fixirten Retrodeviationen 2 Aufgaben zu erfüllen: 1) Die Mobilmachung und die Reposition des Uterus. 2) Die Erhaltung des Uterus in der richtigen Lage. ad. 1) bemerkt Dr. Helmsing, dass das Schultze'sche Verfahren und die Massage nicht miteinander concurriren, sondern einander ergänzen. Das erstere bezweckt das Lösen der peritonealen Adhäsionen in einer Sitzung, während der Massagebehandlung vorzugsweise die vorderen, seitlichen und unteren Fixationen der Cervix zufallen, denen gegenüber das Schultze'sche Verfahren machtlos ist. Helmsing hat selbst seit mehreren Jahren in vielen Fällen genannter Fixationen bei gleichzeitigen peritonealen Adhäsionen und Schwellungen in den Adnexen die Massage mit Erfolg angewandt und hält diese Behandlungsmethode für durchaus leistungsfähig und empfehlenswerth. Ad. 2) Zur Erhaltung des mobilgemachten Organs in Normallage wurde dann öfter ein Pessar eingeführt, welches dann oft nach kürzerer oder längerer Zeit dauernd entfernt werden konnte. In Betreff der Alexander-Adamschen Operation bemerkte er, dass Ziegenspeck keinen messbaren Unterschied in der Länge der Lig. rotunda bei Anteflexionen und Retroflexionen gefunden habe. Daher dürften diese Bänder in ätiologischer Beziehung nichts mit den Lageveränderungen zu thun haben.

Dr. Gilbert betont, dass Dührssen durchaus nicht vereinzelt dastehe, indem Veit und Fritsch auch nach seiner Methode mit gutem Erfolg operirt hätten. Die Neugebauersche Statistik spreche, seiner Ansicht nach, nicht nur gegen die Ausführung, sondern auch gegen die Methode der Pessarbehandlung an sich. Dr. Radecki gegenüber betont er, dass er durchaus kein Gegner der Massagebehandlung sei, dennoch aber aus eigener Erfahrung wiederholt die von ihm betonten Uebelstände habe beobachten können.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

18. April 1894.

Erster Sitzungstag.

Geheimrath von Esmarch als Vorsitzender eröffnete den Congress. Er gedachte sodann der Verluste die die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie im letzten Jahre zu beklagen gehabt habe. Da sei in erster Reihe Billroth zu nennen. Redner entrollt ein lebendiges Bild des Dahingeschiedenen und verfolgt seinen Lebenslauf von der Schule ab, wo er mehr der Musik als den Wissenschaften ergeben war, ja aus der er austreten wollte um ganz Musiker zu werden; durch die Universitätsjahre, in denen seine Begabung eigentlich erst zum Vorschein kam, bis in die Wander- und Meisterjahre in denen Billroth — ganz dem eignen Ingenium folgend der Chirurgie völlig neue Bahnen erschloss, der leidenden Menschheit zum Heile. — Sodann gedachte Redner des treuen Genossen und Mitarbeiters Billroth's, Prof. Lücke's und gab auch hier ein lebensvolles Bild seiner Wirksamkeit. Der Aufforderung des Vorsitzenden folgend ehrte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihre Todten durch Erheben von den Sitzen.

Nach Erledigung einiger geschäftlicher Angelegenheiten, unter denen der Bericht des Prof. von Bergmann über die der Bibliothek des Langenbeckhauses zugegangenen Schenkungen hervorzuheben wäre, ergriff Bruns-Tübingen das Wort zum einleitenden Vortrag: 1) Ueber die Ausgänge der tuberculösen Hüftgelenkentzündung bei conservativer Behandlung. Redner ist es gelungen ein Material von 600 Fällen zusammenzustellen, das aus den letzten 40 Jahren stammt. Da es meist sich aus der Würtembergischen Landbevölkerung recrutirt, sei es möglich gewesen unter Vermittelung der Behörden die Spätresultate festzustellen. Es enthalte diese Statistik ambulatorische und stationäre Fälle — somit schwere und leichte. Ueber 200 überlebende haben sich zur Nachuntersuchung vorgestellt. Ueber den Zustand der übrigen hätten Fragebogen Auskunft gegeben. Interessant sei nun vor Allem, dass eine ansehnliche Zahl der als beginnende oder chronische Coxitis tuberculosa diagnosticirten Fälle sich thatsächlich als Schenkelhals-Verbiegungen (Müller-Tübingen) herausgestellt hätten, wonach dieses Leiden, das Redner als coxa vara — als Belastungsdeformität (Müller) auffasst, nicht mehr als ein seltenes sondern als ein häufiges anzusehen sei. Es sei in Fällen, die bisher als Coxitis rheumatica adolescentium (Billroth) oder als dunkle Fälle von Coxitis mit Schmerzen aber geringer Bewegungsbehinderung angesehen wurden an das genannte Leiden zu denken. Besonders häufig seien Fälle von Coxitis in Folge von Halsosteomyelitis, worauf schon König aufmerksam gemacht habe. Redner habe 50 einschlägige Fälle beobachten können bei denen trotz corticaler Sequesterbildungen, trotz vielfacher acuter Nachschübe, trotz Narbenbildungen und starker Verkürzung die Prognose viel günstiger sei, als bei tuberculöser Coxitis. Ja man könne sagen, dass, wenn ein als Coxitis acceptirter Fall in 1—2 Jahren mit Erhaltung der vollen Function ausheile, der Process nicht als tuberculös aufzufassen sei, vielmehr jenen obenerwähnten Erkrankungen zuzuzählen und aus der Statistik auszuscheiden sei. Von den 600 Fällen seiner Statistik blieben danach als sicher tuberculöse 390 Fälle bestehen, von denen 321 conservativ, 69 mittelst Resection behandelt worden seien. $^1/_3$ der Fälle sei durch Eiterung und Fistelbildung complicirt. Von diesen kämen blos 42 pCt. zur Heilung, während von den Fällen ohne Eiterung 77 pCt. ausheilen. Durchschnittlich heilten bei conversativer Behandlung 55 pCt. aus, allerdings dauere die Heilung bis zu 4 Jahren. 40 pCt. starben an Tuberculose anderer Organe; bei tuberculös-eitrigen träte der Tod längstens nach 3 Jahren ein. Ein Theil der geheilten erliegt noch später der Tuberculose anderer Organe. Die Verschlimmerung der Prognose mit dem Alter der Kranken habe sich auch an dem vorliegenden Material beobachten lassen. Noch sehr spät erliegt ein Theil der Kranken der Tuberculose anderer Organe. Die Ueberlebenden und Geheilten weisen fast durchgehends eine gute Function auf, die sich 10—20 Jahre erhalten hatte. Nicht viele von diesen verdienen den Namen Krüppel. Die meisten sind arbeitsfähig. Bei allen besteht allerdings eine geringere oder grössere Verkürzung, bei allen eine Atrophie der Musculatur. Dennoch aber gehen die Kranken gut, so dass sie zum Theil nicht behindert sind Berufsarten zu ergreifen, die einen starken Gebrauch der unteren Extremitäten erheischen. Wenn somit das Resultat für die Gesammtfunction günstig sei, so sei doch die Bewegung im Hüftgelenk stets beschränkt: in $^2/_3$ der Fälle vollständig, $^1/_3$ theilweise. Die meisten bei denen Fixation eingetreten, war dieselbe in einem Flexionswinkel von 90° und einem Adductionswinkel von 45° (circa) erfolgt. Die absolute Verkürzung betrage am Oberschenkel 1—2 Cm. Als Ursache derselben sei die Inactivität anzusehen, weil auch am Unterschenkel und Fuss ähnliche Wachsthumsstörungen zu beobachten seien. Bei starker absoluter Verkürzung glaubt B. Osteomyelitis als Ursache ansehen zu müssen. Bei $^4/_5$ aller Beobachteten fand sich eine Verschiebung des Trochanter nach oben um 4 Ctm. Der Kopf war nicht durchzufühlen. Oberhalb der neuen Pfanne ein starker knöcherner Wall, was darauf schliessen lasse, dass Pfannenwanderung jedenfalls häufiger sei als Spontanluxation. Die functionelle Verkürzung betrage ins Gesammt 7, ja 10—12 Cm. Die Mehrzahl der Kranken gingen mit erhöhter Sohle viele aber auch besser ohne. Br.'s Zahlen halten in dieser Hinsicht etwa die Mitte zwischen den von anderen Autoren gelieferten.



In Hinsicht der Behandlung theilt B. seine Statistik chronologisch in 3 Perioden:

I. Periode Behandlung mit Derivantien.
II. » Behandlung mit mechanischen Mitteln.
III. » Behandlung mit Jodoforminjectionen.

Zu berücksichtigen sei ferner, dass in der Statistik die ambulanten und klinischen Beobachtungen zusammengefasst seien. Bei den Ambulanten habe häufig garkeine ärztliche Behandlung stattgefunden oder jedenfalls keine consequente, da die Patienten sich derselben entziehen, was ja bei der Dauer des Leidens auch z. Th. für die klinischen Kranken gelte.

Namentlich im Beginne des Quadrienniums ist sehr wenig resecirt worden und hauptsächlich eigentlich nur exspectativ behandelt worden, wenn man das so nennen kann. Erst Hüters Ausspruch, dass Eiterung bei Coxitis Tod bedeute, drückte den Chirurgen wieder das Messer in die Hand. Es sterben jedoch die Resecirten nur zu $^{1}/_{3}$ an Eiterung; $^{2}/_{3}$ der Gestorbenen erlag der Tuberculose. Es giebt die Ausschneidung des Gelenks keine bessere Prognose als die mechanische conservative Therapie, wenn auch zuzugeben ist, dass die Resectionsfälle aus vorantiseptischer Zeit nicht wohl ohne weiteres mit verrechnet werden können.

Br. spricht sich zum Schluss, dahin aus: Dass die Resection erst dann in ihr Recht trete, wenn consequente und langjährige conservative Behandlung nicht zum Ziele geführt habe.

In der Discussion ergreift Schede (Hamburg) das Wort. Er hätte allerdings nicht über so lange Beobachtungszeiten zu verfügen wie Br., da er von seinen Kranken nach der Entlassung keine Nachricht erhalten könne. Dafür ständen sie aber länger in unmittelbarer Beobachtung weil sie nicht zu zahlen hätten, wie in den Universitäts-Kliniken, sondern auf Staatskosten aufgenommen würden. Sie seien somit bis zur vorläufigen Heilung in klinischer Behandlung. Seit 1880 seien 229 Fälle von Coxitis zur Behandlung gekommen; von 1880—1890 sei strenges Lister-Regime resp. Sublimat als Antisepticum in Anwendung gekommen (bei conservativ behandelten Fällen? Ref.) 1890—1891 sei Tuberculinbehandlung versucht, bis 1894 die Jodoforminjectionsmethode in Anwendung gezogen worden. Die Kranken der letzten Periode seien allerdings noch zu kurze Zeit in Beobachtung, doch sprechen die bisherigen Erfahrungen sehr zu Gunsten der Jodoformbehandlung, bei der sehr selten die Resection nöthig werde, vielmehr die Kranken bald von ihren Schmerzen, der Eiterung, dem Fieber befreit seien und ohne Stützapparat gehen. Von den Kranken der ersten Periode seien 66 pCt. gestorben von denen der II. 75 pCt. während die III. Periode nur eine Mortalität von 20 pCt. aufweise.

Helferich (Greifswald) schliesst sich Bruns an und constatirt, dass im Princip bei Coxitis tuberculosa jedenfalls zuerst die conservative Behandlung Platz zu greifen habe. Es sei nun die Frage, wann dürfe dem Arzt und Kranken die Geduld reissen, wann käme das Messer an die Reihe. Jedenfalls hätte man viele Jahre durch die Kranken zu beobachten und zu behandeln. Immer wieder käme es vor, dass man sie in guter Stellung entlasse und nach Jahr und Tag in schlechter wiedersehe.

In England hätte man zur Lösung der Frage der Coxitisbehandlung ein besonderes Krankenhaus: Hospital of hip joint mit einem Sanatorium als Filiale gegründet, und es sei die Frage, ohne dass Redner hier einen bestimmten Vorschlag mache, ob eine solche Centralisirung nicht auch in Deutschland Vortheil brächte.

Gussenbauer (Prag) äusserte sich zur vorliegenden Frage dahin, dass in Oesterreich die Chirurgen die Coxitis stets conservativ behandelt hätten. Er könne wohl sagen, dass er in Prag 50—80 Fälle gesehen habe, die ohne Arzt, ohne Behandlung aber auch ohne Eiterung ausgeheilt seien. Eiterung verschlechtere die Prognose; dennoch kämen auch hier Heilungen zu Stande. Er resecire nur bei Nekrose am Becken und Eiterung. Das englische Comité sei ungefähr zum selben Resultat gekommen wie Bruns.

v. Bergmann (Berlin) macht darauf aufmerksam, dass das Wesentliche die lange Behandlung sei. In dem poliklinischen Saale liegen 40 vor längerer und kürzerer Zeit Resecirte. Durchschnittlich seien sie im 11. Lebensjahre operirt und zwar stets wegen ausgedehnter Eiterung. Nach der Resection sei allerdings stets schnelle Besserung eingetreten, die Ernährung hätte sich gehoben, das Aussehen sei durchweg ein gutes. Nach 7—10 Jahren sei aber doch die Stellung fast bei allen wieder ungünstiger geworden. Es hätte sich Flexions- und Adductionsanchylose eingestellt. Es sei eben die Resection durchaus nicht als der Schlussact der Therapie anzusehen. Immer und immer wieder sei die Stellung noch nach Jahren zu controlliren und zu corrigiren. Nicht selten käme es vor, dass nach 2—3 Jahren kleine Eiterungen sich einstellen, die jedoch für die definitive Ausheilung ohne Bedeutung seien. Die Frage sei nun, wie die Stellung bei den nicht Resecirten sich finde. Vorstellung eines Genesenen, bei dem die im 5. Lebensjahre acquirirte Coxitis mit fast voller Beweglichkeit ausgeheilt ist.

Brahmann (Halle) berichtet über 117 Coxitiden seiner Beobachtung. 18 sind resecirt mit 5 Todesfällen an Miliartuberculose. Es fand sich in 11 Fällen das Becken erkrankt. Es seien das alle sehr schwere Fälle. Auch Brahmann hat mit den Jodoforminjectionen gute Erfahrungen gemacht.

Heusner (Barmen) betont die mechanische Behandlung und zwar die ambulante. Gute Apparate seien erforderlich. Bei dieser Behandlung leide die Ernährung weniger, wie bei den anderen und ständen die Kranken, die sich bewegen können, eben dadurch unter günstigeren hygieinischen Verhältnissen. (Die Demonstration der Apparate wird verschoben).

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Wie in der vorigen Nummer bereits gemeldet, fand im Deutschen Alexander-Hospital für Männer am 12. Juni anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Anstalt eine ausserordentliche Sitzung des Curatoriums statt. Anwesend waren ausser den Mitgliedern des Curatoriums und dem gesammten Anstalts-Personal, zahlreiche Gäste — darunter S. Exc. der Herr Stadthauptmann General-Lieutenant v. Wahl — viele Aerzte und andere Freunde des Hospitals. Das Sitzungszimmer zierte eine schöne zu diesem Tage gestiftete Marmorbüste S. Majestät des in Gott ruhenden Kaisers Alexander II. Der Präsident, S. Exc. der Herr Botschafter Freiherr von Gasser eröffnete die Sitzung mit der Verlesung eines huldreichen Telegramms des Hohen Protectors der Anstalt, S. K. H. des Grossfürsten Michail Nikolajewitsch. Hierauf verlas der Kassirer, Herr Hans einen vom Schriftführer Herrn Feldmann verfassten Bericht über die finanzielle und wirthschaftliche Lage der Anstalt. Dann ergriff der Director und Oberarzt S. Exc. Dr. Moritz das Wort zu einer längeren Rede, in welcher er die weiteren Ziele des Hospitals und die Richtungen vorzeichnete, in welchen dasselbe sich in Zukunft zu entwickeln hätte. Leider gestattet uns der Raum nicht diese Rede, die an anderem Orte (St. Petersb. Ztg. Nr. 165) bereits in extenso gedruckt ist, ausführlich zu referiren. Wir wollen nur erwähnen, dass Redner eine erhebliche Vergrösserung der Bettenzahl nicht für wünschenswerth erachtet, dagegen von der Zukunft des Hospitals die Erfüllung der folgenden drei Wünsche erhofft: 1) Errichtung eines steinernen Neubaues an Stelle des alten Holzhauses, welches den ältesten Theil des Hospitals darstellt, 2) Vergrösserung des Unterstützungsfonds für das weibliche Pflegepersonal, 3) Erweiterung des gegenwärtigen Laboratoriums zu einem mit allen Hilfsmitteln ausgerüsteten Institut für patholog.-anatomische, bakteriologische und medicinisch-chemische Untersuchungen. Mit einem vom Präsidenten ausgebrachten, von der Versammlung lebhaft aufgenommenen «Hoch!» auf S. Majestät den Kaiser Alexander III. wurde die Sitzung beschlossen. Während der darauf folgenden Pause wurden die Räume des Hospitals und, beim herrlichen Wetter, auch der schöne Garten besichtigt. Dann fand ein opulentes Frühstück statt, welches bei reichlichem Schaumwein und bei vielen guten Reden die Gesellschaft in animirtester Stimmung noch lange beisammen hielt.

— Am 13. Juni feierte Dr. Boerling sein 25-jähriges Dienstjubiläum am St. Petersburger Findelhause. Der Jubilar wurde am Morgen von den Collegen und den Dienstgenossen feierlich empfangen, worauf der Oberarzt Dr. Van-Puteren eine warme Anrede an denselben richtete und ihm im Namen aller Collegen ein Geschenk zum Andenken überreichte. Tief ergriffen dankte Dr. Boerling und forderte alle Anwesenden auf, sich in der Wohnung des Oberarztes zu versammeln, wo er den Glückwünschenden, sowie dem Dienstpersonal des Findelhauses ein opulentes Dejeuner servirte. Am Abend desselben Tages gaben die Collegen dem Jubilar ein Diner im Restaurant «Zum Bären», welches heiter und mit vielen Reden gewürzt, sich bis um Mitternacht hinzog.

— Die Moskauer medicinische Facultät hat dem Privatdocenten für Nervenkrankheiten an der Moskauer Universität und derzeitigen Vicepräsidenten der Moskauer Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater, Dr. W. K. Roth, die Würde eines Doctor medicinae honoris causa verliehen.

— Der Professor der Augenheilkunde an der Universität Kasan, Dr. E. W. Adamjuk, ist anlässlich seines 30-jährigen Jubiläums von der Kasanschen Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Zum stellvertretenden Director der Lipezker Mineralquellen im Gouvernement Tambow ist an Stelle des nach Busk als Director des dortigen Mineralbades versetzten Dr. Issajew, der St. Petersburger Arzt Dr. Makschejew, jüngerer Medicinalbeamter beim Medicinaldepartement, ernannt worden.

— Zum Nachfolger des Professors Podres, welcher die durch Pensionirung Prof. Sarubins vacant gewordene Pro-

fessor der chirurgischen Hospitalklinik an der Charkower Universität erhält, ist der Privatdocent für chirurgische Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Academie, Or. L. W. Orlow, in Aussicht genommen.

— Dr. G. J. Turner, ausseretatmässiger Arzt an der ambulatorischen Heilanstalt der Gemeinschaft der barmherzigen Schwestern zur Heiligen Dreifaltigkeit, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Chirurgie an der genannten Academie habilitirt.

— Wie die «Nowoje Wr.» erfährt, haben sich bis jetzt vier Bewerber um die durch den Tod Prof. Nil Sokolow's erledigte Professur der speciellen Pathologie und Therapie bei der militär-medicinischen Academie gemeldet. Es sind die Privatdocenten der Academie W. P. Ssirotinin, N. J. Tschistowitsch und M. W. Janowski, sowie der Moskauer Arzt Dr. P. G. Rosanow. Die Commission, welcher die Prüfung und Beurtheilung der wissenschaftlichen Tüchtigkeit der Bewerber von der Conferenz der Academie übertragen ist, besteht aus den Professoren L. W. Popow (Präsident der Commission), Albizki, Bechterew, Winogradow, P. P. Pawlow, Pasternazki und Tschudnowski.

— Der Privatdocent der Berliner Universität, Dr. Langgaard, langjähriger Assistent Prof. Liebreichs ist zum Professor ernannt. Es ist ihm damit endlich eine lange schon verdiente Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen in der Pharmakologie zu Theil geworden. L. gehört auch zu den Gründern und thätigsten Mitredacteuren der weit verbreiteten «Therapeutischen Monatshefte.»

— Den bekannten deutschen Laryngologen, Dr. Felix Semon in London, welcher hervorragende Verdienste um die Lehre von den Kehlkopfkrankheiten hat, ist vom deutschen Kaiser der Professortitel verliehen worden. Semon ist ein geborener Danziger.

— Auf den durch Prof. Heubner's Berufung nach Berlin erledigten Lehrstuhl der Kinderheilkunde an der Universität Leipzig, ist nunmehr, nachdem Prof. Escherich (Graz) abgelehnt hat, Professor Soltmann aus Breslau berufen worden, und wird dem Rufe Folge leisten.

— An des verstorbenen Brown-Séquard Stelle ist Dr. d'Arsonval zum «Membre titulaire» der medicinischen Section der französischen Academie der Wissenschaften ernannt worden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Verabschiedet auf seine Bitte: der ausseretatmässige Arzt des Firssanowschen Hauses der bruderliebenden Gesellschaft in Moskau, Staatsrath Dr. v. Deutsch mit Belassung im Amte eines Ehrenmitgliedes des Moskauschen Conseils der Kinderasyle.

— Verstorben: 1) In Jalta der Landschaftsarzt in Chotin (Bessarabien) Michael Cholmski im 38. Lebensjahre an Phthisis. 2) In Jalta der frühere Assistent am pathologisch-anatomischen Institut der Universität Charkow Eugen Diminitron im Alter von 30 Jahren an Phthisis. 3) In Nowgorod der Gehülfe des dortigen Gouvernements-Medicinalinspectors, Dr. Michael Wischnewski im 50. Lebensjahre.

— Der bekannte langjährige Badearzt in Norderney, Geh. Sanitätsrath Dr. Benno Fromm (Berlin) prakticirt von jetzt ab im Ostseebade Heringsdorf. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Am 8. Juni beging die Universität Warschau das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Sie trat im Jahre 1869 in's Leben, indem die damalige Hauptschule und die medico-chirurgische Academie vereinigt und zu einer Universität mit vier Facultäten erweitert wurden. Die Zahl der Studirenden betrug schon am Ende des Jahres 1869 über 1000.

— In der militär-medicinischen Academie wird eine Aenderung in dem Lehr-Programm erfolgen. Da in diesem Jahre die Professoren W. M. Tarnowski und A. G. Polotebnow die Academie verlassen, so wird diese Gelegenheit benutzt, um die beiden Katheder (für Syphilis und für Hautkrankheiten) in ein gemeinsames Katheder für Hautkrankheiten überhaupt zu vereinigen. Die dadurch entstehende Vacanz im Etat wird durch die Neugründung eines Katheders für «Geschichte und Encyclopädie der Medicin» ausgefüllt. Da ferner das Katheder für Ohrenkrankheiten mit dem Katheder für Hals- und Nasenleiden vereinigt wird, so wird das freiwerdende Katheter für die «Lehre von den Infectionskrankheiten mit praktischem und systematischem Cursus der Bakteriologie» eingeräumt. Somit bereichert sich unsere Academie um zwei neue, selbständige Katheder. (St. Pet. Ztg.)

— Das neueste Cholerabulletin bringt die bis zum 11. Juni eingelaufenen Daten nur aus 4 russischen Gouvernements. Die grösste Zahl der Erkrankungen und Todesfälle weist das Gouvernement Plozk auf, in welchem vom 22.—28. Mai 99 Erkrankungen und 50 Todesfälle an der Cholera vorkamen. Es folgen dann das Gouvernement Warschau mit 38 Erkrankungen und 19 Todesfällen (vom 29. Mai—4. Juni), das Gouv. Radom mit 17 resp. 4 Fällen (v. 29. Mai—4. Juni) und das Gouv. Kielce mit 14, resp. 9 Fällen (vom 5. bis 7. Juni).

Aus Deutschland werden aus dem Weichselstromgebiet mehrere Erkrankungen an der Cholera gemeldet. Bei allen diesen Erkrankten wurden Cholerabacillen gefunden. Die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der im Stromgebiet der Weichsel verkehrende Fahrzeuge ist auf allen Stationen wieder eröffnet worden.

In Paris sind vom 27. Mai bis 2. Juni n. St. 2 Todesfälle an der Cholera festgestellt, ebenso im Departement Finistère 7 Erkrankungen und 1 Todesfall.

— An der Pest starben in Honkong, englischen officiellen Meldungen zufolge, vom 25. Mai—12. Juni n. St. 1500 Personen. Am 7./19. Juni erkrankten dort 56, starben 15 und verblieben im Hospital 21 Pestkranke.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Juni d. J. 6121 (83 mehr als in der Vorwoche), darunter 268 Typhus — (4 mehr), 688 Syphilis — (15 mehr), 69 Scharlach — (2 weniger), 28 Diphtherie — (3 mehr), 97 Masern — (2 weniger) und 26 Pockenkranke — (2 wen.).

Vacanzen.

Landschaftsarzt-Stelle im Kreise Olonez. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Wohnsitz in der Stadt Olonez. Reise im Olonezschen Gouv. bis zur Stadt Olonez frei. Adresse: «Олонецкая Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Mai bis 4. Juni 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
293	266	559	139	61	106	15	8	21	51	44	32	23	28	24	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 34, Scharlach 16, Diphtherie 10, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Todtgeborene 21.



Дозв. ценз. Спб. 17 Іюня 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.— Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, 25. Juni (7. Juli) 1894

Geburten mit Wehenschwäche.

Nach einem auf dem V. livländischen Aerztetage gehaltenen Vortrage.

Von

Dr. med. Alex. Keilmann,

ehem. Assistent der Frauenklinik zu Dorpat, z. Z. Volontärarzt an der Kgl. Frauenklinik zu Breslau.

(Schluss).

Von den 9 Fällen, in denen ich vom Januar bis zum Mai 1893 schwache Wehen verzeichnet habe, sind 6 referirt und 1 erwähnt. Von den weiteren 2 Fällen betrifft 1 secundäre Wehenschwäche bei einer 39-jährigen Primipara (Nr. 49) der andere Fall (Nr. 33) gehört vielleicht überhaupt nicht hierher, da nur die Dauer der Eröffnungsperiode (ca. 20 Stunden bei einer II. geb.) dafür spräche, deren Ursache ich nicht erkennen konnte, vielleicht weil eine genauere Beobachtung des Falles meinerseits nicht möglich war. Die Wehen, die ich im Anfang der I. Periode beobachtete, waren kräftig und 60—90 Sec. dauernd, mit Pausen von ca. 5 Min. In diesem Falle erfolgte die Geburt des lebensfrischen Kindes wenige Minuten nach dem Blasensprung spontan. In dem vorher erwähnten (sec. W.) entband ich mit der Zange. Beide Wochenbetten waren fieberfrei. Eine völlige Unterbrechung der mit guten Wehen fortschreitenden Geburt habe ich ausserdem beobachtet, wofür der Grund darin lag, dass die sich anfüllende Blase den Kindskopf aus dem Becken herausgehoben hatte, so dass sogar Positionswechsel eingetreten war. Diesen Fall habe ich in dem obenerwähnten Vortrage mitgetheilt.

Auf Grund dieser Beobachtungen nun muss ich der Empfehlung des Vin. Ipecacuanhae als Wehenmittel seitens Utts und Stillmarks entgegentreten. Ausserdem bin ich der Ansicht, dass die hier niedergelegten Erfahrungen denen Utts und Stillmarks eigentlich gar nicht widersprechen, insofern als die Fälle der genannten Autoren für den kritischen Beurtheiler die Wirkung des angewandten Mittels garnicht illustriren, wie das auf den ersten Eindruck scheinen könnte. Bei den Utt'schen Fällen fällt zunächst die grosse Häufigkeit auf: 6 Fälle von Wehenschwäche bei freier Landpraxis in einem Gebiet, auf das sich auch die poliklinisch-geburtshilfliche Praxis erstreckt, in nicht ganz 6 Monaten, legen die Frage nahe, ob die z. B. von Winckel empfohlene Vorsicht bei der Diagnose genügend berücksichtigt ist. Meine Zweifel nach dieser Richtung haben bis zu einem gewissen Grade die Zustimmung des Collegen Utt gefunden, was ich nicht anstehe mit seiner Erlaubniss hier mitzutheilen. Des Weiteren halte ich mich für berechtigt, die Fälle 1 u. 2 mit dem Hinweise zu streichen, dass vom Fall 1 mir eine ausführliche klinische Geburtsgeschichte (Dr. Knorre) zur Verfügung steht, und ich den Fall 2 poliklinisch im Hause der Kreissenden selbst behandelt habe, wozu ich bemerke, dass die Identität des Falles zwar aus der Vergleichung des Utt-schen Referates mit meinen Journalnotizen in keiner Weise hervorgeht, sondern ich durch nebensächliche Punkte des Berichts mich veranlasst sah, mir darüber Gewissheit vom Collegen Utt zu erbitten und sie auch erhalten habe.

Die Fälle 3 und 4 entziehen sich der Kritik, weil weder die Weite des Muttermundes noch die Zeit des Blasensprungs notirt ist. Dass von den beiden therapeutischen Maassnahmen: «Aufbinden des Hängebauches und Vin. Ipecacuanhae» der ersteren jede Bedeutung abgesprochen wird, kann ich nicht für richtig halten, da sie mir wichtiger scheint, als die letztere. Wenn der Muttermund, wie zu vermuthen ist, verstrichen war (VI. p. «Kopf tief im kleinen Becken») so hätte der Blasensprung jedenfalls die eclatanteste Wirkung entfaltet. Doch fehlt über diesen Punkt jede Angabe. Was unter «Wirkung» und «gewünschtem Erfolg» zu verstehen ist, geht aus dem Referat nicht hervor; es kann normale Muskelthätigkeit des Uterus (cf. 1, 5, 6) oder Geburt des Kindes (cf. 2) sein, das letztere würde manche Rückschlüsse gestatten.

Der Fall 5 ist nicht vom Autor, sondern vom Ehemann der Kreissenden beobachtet, daher selbstverständlich zu streichen.

Im Fall 6 endlich, der trotz Steisslage und «rigider Weichtheile» bei einer Primipara sich in 24 Stunden abspielte, sind hinsichtlich der Wehen für den Endverlauf, d. h. für die Zeit von ca. 2 Stunden, nacheinander notirt: Wehenschwäche, kräftige Wehen, Tetanus uteri, normale Wehen, Atonie. Dass in diesem Falle die Beobachtung einwandsfrei ist, kann ich mir nicht vorstellen. Wenn aber das Vin. Ipecacuanhae hier das Kind durch Tetanus uteri in schwere Gefahr gebracht und hinterher für die Nachgeburtsperiode nicht ausgereicht hat, so ist dies Mittel gewiss höchst gefährlich. Dieses betone ich, weil Utt in seiner Epikrise entgegen der Ansicht Stillmark's, ausdrücklich erklärt, dass V. I. tetanische Contractionen des Uterus hervorruft und dennoch das Mittel unschuldig nennt; wenn er nun auch in seinem Fall für die Asphyxie des Kindes einen anderen Grund (der bei wirklicher Wehenschwäche jedoch jeder Gefährlichkeit entbehrt) findet, so kann ihm die Gefahr und Störung der Geburt bei Tetanus uteri doch nicht unbekannt sein. Die beruhigende Ansicht, dass V. I. keine Asphyxie veranlasst, theile ich vollkommen und zwar, weil es eben meiner Ansicht nach keine Contractionen, geschweige denn Tetanus uteri zur Folge hat, sondern nur einige Anspannungen der Bauchdecken die zum Brechact gehören. Pharmakologisch zu prüfen, ob nach V. I., «wie bei Secale» Asphyxie des Foetus eintritt, darf wohl als überflüssig bezeichnet werden.

Diese Andeutungen müssen genügen, um den Utt'schen Mittheilungen die Beweiskraft zu nehmen, die vielleicht mancher Leser darin vermuthen könnte und ohne genauere Discussion aller Einzelheiten glaube ich die oben ausgesprochene Ansicht, dass die Utt'schen Fälle meinem Untersuchungsresultat nicht widersprechen, genügend gestützt zu haben.

War die Utt'sche Veröffentlichung der eigentliche Anlass zu obigen Beobachtungen, so haben sich doch weitere Gesichtspunkte für die richtige Beurtheilung der Geburten mit Wehenschwäche hinsichtlich Diagnose und Therapie ergeben, die ich mir erlaubt habe, auf dem V. Livl. Aerztetage den Herren Collegen vorzulegen.

Erstens führten, um das zu wiederholen, diese Beobachtungen in lehrreicher Parallele mit den Utt'schen Fehlern auf die Präcisirung der Diagnose. Es ergiebt sich nämlich, dass die Beurtheilung des Wehenverlaufs durchaus die Feststellung der Relation des vorliegenden Theiles zum unteren Cervixsegment bezw., für die Praxis, zum Becken[5]) zur Grundlage haben muss. Wo der vorliegende Kindstheil noch nicht die zur Wehenauslösung nöthige Berührung mit den unteren Cervicalpartien hat, ist der Zustand der Wehenlosigkeit als selbstverständlich anzusehen, und wenn eine Diagnose in solchem Fall gestellt werden soll, die eventuell Indication für therapeutisches Handeln abgeben kann, so darf sie nur «Hochstand des Kopfes», «mangelnde Erweiterung der Cervix» oder ähnlich lauten. Wehenschwäche oder Wehenlosigkeit sind hier nur Folge anderer Verhältnisse bezw. unerfüllter Bedingungen und diese Folge an sich ist physiologisch, zum Beispiel in der Schwangerschaft und in einer Zeit, die oft irrthümlicher Weise als die erste Geburtszeit angesehen wird, obgleich durchaus nur Schwangerschafts-Verhältnisse vorliegen. Selbst gelegentliche Contractionen in solchen Fällen beweisen ebensowenig, dass die Geburt bereits begonnen hat, wie der etwa schon erfolgte[6]) Blasensprung, der, wenn er vorzeitig erfolgt, allerdings leicht Verhältnisse schafft, die den kurzen Rest der Gravidität unter häufigeren «Schwangerschaftswehen» durch allendliche Entfaltung des Collum uteri zu Ende gehen lassen. Erst dann kann von «Geburt» die Rede sein, deren Beginn hier die Folge des Blasensprungs wäre. Die Geburt ist die Ausstossung der Leibesfrucht und logischer Weise kann man erst davon sprechen, wenn das Kind seinen Weg durchs Becken angetreten hat. Dieses aber ist erst möglich, wenn die Vorbereitung der Cervix zur Geburt vollendet ist. Wiederholt habe ich zu zeigen Gelegenheit genommen, dass die physiologische Erweiterung der Cervix der Schwangerschaft angehört und ihre Vollendung erst den Beginn der Geburt ermöglicht, andrerseits aber auch bedingt.

Im Dorpater Naturforscher-Verein habe ich die Auslösung der Wehen unter verschiedenen, hauptsächlich normalen Verhältnissen erörtert und vorstehende Ausführungen sollen zeigen, dass auch unter pathologischen Verhältnissen Wehen nicht anders beurtheilt werden dürfen, als auf der wissenschaftlichen Grundlage, die sich aus der Kenntniss der Cervixanatomie und ihrer Schwangerschaftsveränderungen ergiebt.

Ich unterlasse es, die Cervixverhältnisse hier auseinander zu setzen, obgleich ich auf dem Aerztetage dieses in Kürze gethan habe und verweise auf die obencitirten, von mir auf Veranlassung meines Lehrers, Prof. Küstner gemachten Untersuchungen, deren 1891 erfolgte Veröffentlichung die Auseinandersetzung der ganzen Frage und die erste praktische Schlussfolgerung enthält.

Glaube ich nun im Vorstehenden zur correcten Beurtheilung der primären, directen Wehenschwäche die nöthigen Gesichtspunkte eröffnet zu haben, so nehme ich auch an, dass von den Collegen, die sich mir anschliessen, diese Diagnose bei Weitem seltener gestellt werden wird, als das fehlerhafter Weise geschieht; ebensoviel seltener wird das Bedürfniss nach einem Heilmittel dieser Wehenschwäche auftreten.

Soll ich nun meine Ansicht über das Verhalten des Arztes in diesen seltenen Fällen äussern, so ergiebt sich diese direct aus meiner Beurtheilung des Zustandes, die ich in dieser Abhandlung niedergelegt habe. In erster Reihe muss ich mit Winckel Geduld empfehlen, die auch nach meinen Erfahrungen keinerlei schlechte Folgen hat, dagegen meist mit absoluter Sicherheit vor atonischen Blutungen in der Nachgeburtsperiode schützt.

Von den schlechten Folgen schweben alle diejenigen als Gespenster dem Praktiker vor, die man gewohnt ist als Folgen «langer Geburtsdauer» anzusehen. Das sind insbesondere: Erschöpfung der Kreissenden, Drucknekrose an den mütterlichen Beckenweichtheilen durch den kindlichen Kopf, Infectionsmöglichkeit, Asphyxie des Kindes und vielleicht noch andere.

Alle diese Gefahren aber hören auf objectiv zu existiren, sobald erwiesen ist, dass die «lange Geburtsdauer» durch primäre Wehenschwäche oder gar Wehenlosigkeit veranlasst ist.

Was soll die Mutter denn in solchem Fall erschöpfen? Schmerzen hat sie nicht; unwillkürliche Muskelarbeit leistet sie nicht, nur psychisch kann sie leiden und das beruht auf Einbildung und fehlerhafter Beurtheilung ihres Zustandes; nach dieser Richtung allein bedarf sie einer Behandlung, die Niemand ihr besser bieten kann als der Arzt, zu dem sie Vertrauen hat. Wenn es mir in der poliklinischen Praxis bei der geringen Intelligenz der Clientinnen und bei einer anfangs sehr geringen Kennt-

[5]) Ausgenommen die Fälle mit Beckenenge, wo nur das Erstere in Betracht kommt.

[6]) Es giebt Fälle, in denen erst Wochen, ja Monate nach erfolgtem Blasensprung die Geburt beginnt, und ich kenne einen, in dem ca. 6 Wochen nach dem Blasensprung und Abgang des Wassers ein lebendes Kind geboren wurde.



niss der estnischen Sprache meinerseits trotz allen alten Weibern gelungen ist, den Frauen oft Tage lang Ruhe und Sorglosigkeit zu erhalten, wie sollte je ein Arzt damit in Verlegenheit kommen.?

Druckgangraen kann an den mütterlichen Beckenweichtheilen desgleichen nicht zu Stande kommen, weil dann, wenn der Kopf tief und fest im kleinen Becken ist, die Geburt nicht mehr lange dauert, wie aus obigen Ueberlegungen hervorgeht, und nach meinen Erfahrungen in praxi voll bestätigt wird.

Ebenso wenig kann ich zugeben, dass bei länger dauernden Geburten eine grössere Infectionsgefahr besteht, als sonst, namentlich da die hier in Betracht kommenden Frauen meist Mehrgebärende sind. Die in den letzten 5½ Jahren in der Dorpater Poliklinik gemachten Erfahrungen beweisen das; und indem ich auf den Redlich'schen[7]) Bericht verweise, bemerke ich, dass die umgebenden Verhältnisse in der Poliklinik bei Weitem schlechter sind, als sonst in der Privatpraxis; dabei werden ca. 10 pCt. aller Geburten auf dem Lande geleitet und dennoch kann sich unsere Infectionsstatistik den besten an die Seite stellen. Was in unserer poliklinischen Praxis an Asepsis geleistet werden konnte, das kann auch sonst geleistet werden. Nicht überflüssig mag es sein dabei zu betonen, dass dem die Geburt leitenden Assistenten nur ein Practicant zur Seite steht, der 2—3 Geburten vorher gesehen hat und in der Durchführung der Asepsis meist durchaus als Laie anzusehen ist.

Zur vorliegenden Frage auf die oben mitgetheilten Berichte verweisend meine ich, dass man mit solchen Wochenbetten wohl in der Privatpraxis zufrieden sein kann. Und wenn ich eines heutzutage doppelt betrübenden Falles gedenke, in dem ca. 9 Tage nach der spontan vollendeten, zweiten Geburt schwere Sepsis das Leben einer blühenden Gattin und Mutter zerstört und das Glück einer Familie zertrümmert hat, und dazu erfahren habe, dass die unglückliche Frau 5 mal manuell untersucht worden ist, dann ist mir die schwere Infectiösität der untersuchenden Finger durch den Tod der Frau so sicher bewiesen, wie durch ein Experiment — mag auch die Geburt, wer weiss wie lange, gedauert haben. Hier kann sich nur Der hinter der «langen Geburtsdauer» verstecken, der wohl eine venia practicandi aber entweder kein Pflichtbewusstsein oder aber nicht die Fähigkeit hat, sich die klaren, jedem zugänglichen Resultate der Forschung und Erfahrung zum Besten seiner Pflegebefohlenen anzueignen.

Und was endlich die Asphyxie des Kindes betrifft, so tritt diese bei Wehenschwäche deshalb nicht ein, weil mit den häufigen nnd kräftigen Wehen gerade diejenige Schädlichkeit fehlt die bei verzögertem Geburtsverlauf die Placentarathmung ungenügend macht. Giebt es auch ausser den Uteruscontractionen noch andere Ursachen der Asphyxie, so sind sie doch bei ausgesprochener Wehenschwäche nicht wirksamer als während der Schwangerschaft.

So sind denn bei dieser Beurtheilung der Verhätnisse die Geburten mit Wehenschwäche jeder besonderen Gefahr entkleidet und ein exspectatives Verhalten des Arztes erscheint durchaus gerechtfertigt. Der in der heutigen Geburtshülfe lautende Grundsatz, dass kein Eingriff ohne Indication vorgenommen werden darf kann demnach, wenn wirkliche primäre Wehenschwäche vorliegt, in vollem Umfange aufrecht erhalten werden. Ja es besteht in solchen Fällen gegen die Extraction mit der Zange eine Contraindication, die vollends jeden Zweifel zerstreut: das ist die Gefahr der atonischen Nachblutung.

Es ist eine alte Erfahrung, dass, je schneller und plötzlicher einerseits, und je früher vor dem etwaigen spontanen Ablauf der Geburt andererseits der Uterus entleert wird, desto leichter und ausgiebiger die Blutung post partum eintreten kann, insbesondere, wenn bis dahin ungenügende Contractionen des Organs bestanden haben. Diese Gefahr besteht stets, wenn der Durchgang des Kopfes nicht den Wehenapparat so in Bewegung gesetzt hat, dass er noch für die Nachgeburtszeit functionirt, d. h. wenn der Kopf zu schnell extrahirt wird und nur eine oder wenige Contractionen auslöst, die eben genügen die Placenta zum Theil abzulösen aber nicht auszutreiben, so dass nun gerade für die Blutung die allergünstigsten Bedingungen bestehen. Die allmähliche selbstthätige Verkleinerung des Organs und, was das Wichtigste ist, die allmählich fortschreitende, die Ganglien nun beeinflussende Verschiebung der Wandungsschichten, bei der jede Zusammenziehung des Uterus die nächste schafft, fällt dabei fort. Wenn man auch Fälle kennt, in denen die Extraction des Kindes bei bestehender Wehenschwäche nicht die Verblutung der Mutter zur Folge gehabt hat, so liegt das daran, dass gelegentlich das Durchziehen des Kindes, namentlich wenn es noch relativ hoch stand, genügende Contractionen auslöst, um die Placenta ganz zu lösen und ins mesouterine Cavum zu treiben. Dass aber diese Hoffnung leicht trügen kann, wird jeder Erfahrene bestätigen, und wenn nur einmal eine Frau in Folge einer Zangenextraction[8]) verblutet ist, so wird dies Opfer durch eine grössere Anzahl zufällig trotz derselben Verhältnisse leben gebliebener nicht aufgewogen.

Walther hat unter 35 Zangenoperationen 13 Mal die Zange wegen Wehenschwäche angelegt, bezeichnet solche Zangen selbst als «nicht correct». Von den Blutungen sagt Walther, sie seien in solchen Fällen nicht sehr häufig. Ich meine aber «nicht sehr häufig» ist ein schwacher Trost.

Weil also diese Contraindication besteht, soll man bei Wehenschwäche die Zange nur auf allerstrengste Indication anlegen, d. h. bei Kritik der Erfahrungen von den oben dargelegten Gesichtspunkten aus, so gut wie niemals.

Die einzige rationelle Therapie der primären Wehenschwäche aber, wenn eine solche aus irgend welchen Gründen doch geübt werden muss, darf nur darauf gerichtet sein, dass die fehlenden Wehen geschaffen werden. Nur eine Therapie, welche diese Aufgabe zu lösen im Stande ist, hat Anspruch als zweckentsprechend zu gelten, jede andere greift einen Folgezustand der Wehenschwäche an, aber nicht diese selbst.

Die medicamentösen Mittel versagen sämmtlich — wie ich gezeigt habe, auch das von Utt und Stillmark neuerdings empfohlene.

Geht man aber von der auseinandergesetzten Art der Wehenauslösung aus und erkennt denjenigen Status, der ihr Ausbleiben erklärt, so ist es ein Leichtes den Status entsprechend zu verändern und damit direct Wehen zu erzeugen.

In fast allen Fällen, wo die Geburt bei Kopflagen nicht recht fortschreitet bezw. nicht recht in Gang kommt, findet sich der vorliegende Kopf des Kindes beweglich über dem Becken oder beweglich im Beckeneingang. Es kommt also nur darauf an, dass der Kopf tiefer tritt, damit eine normale Wehenthätigkeit sich entwickele.

Um dieses zu erreichen, muss man nun den Kopf ins Becken drücken, wie das von P. Müller[9]) zum Zweck der Beckenmessung, von Hofmeier[10]) zur Ueberwindung der Beckenenge ausgeführt worden ist.

[7]) Redlich: Ueber ein Lustrum poliklinischer Geburtshülfe. Diss. Dorpat 1893.

[8]) Berl. klin. W. 1891.

[9]) P. Müller: Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckencanal zu diagnostischen Zwecken. Volkmann's klinische Vorträge № 264.

[10]) Hofmeier: Ueber Contractionsverhältnisse des kreissenden Uterus und ihre eventuelle Behandlung. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. VI.



Womöglich in Narkose, damit die sich spannenden Bauchdecken nicht stören, fasst man von oben her den Kopf an Hinterhaupt und Unterkiefer und drückt mit mässiger Kraft (grosse Kraft ist nur bei Beckenenge erforderlich) den Kopf so in das Becken, dass die Kraftrichtung auf das Kreuzbein hinzielt, nicht auf die Symphyse. Häufiger als mancher Leser glauben wird, misslingt die Impression wegen falscher Druckrichtung, bei deren Correctur sie meist leicht ist. Dabei kann man das Hinterhaupt tiefer treten lassen, als das Vorderhaupt und so den natürlichen Mechanismus treu nachahmen. Die Blase muss gesprungen oder gesprengt, die Portio verstrichen sein; (ist letzteres nicht der Fall, so wird durch diese Operation die Geburt eingeleitet). Die Halsgefässe des Kindes und die etwa umschlungene Nabelschnur kann man dabei gut vermeiden. Tritt so der Kopf in das Becken hinein, dann erweitert sich der Muttermund oft überraschend leicht und ausgiebig und die bald auftretenden Wehen bringen nicht nur die Geburt in Gang, sondern schützen auch sicher vor Blutung in der Nachgeburtsperiode.

Ist diese Methode, Wehen zu erzeugen, direct der Natur abzulernen, so bestätigt manche Erfahrung die Richtigkeit dieser Vorstellung. Andrerseits aber liefert die dargelegte Heranziehung der Cervixverhältnisse erst die wissenschaftliche Grundlage und Erklärung der schon vor mir von Holowko und Knorre beobachteten Thatsachen. Auf dem III. livl. Aerztetage hat Holowko [11]) über 9 Fälle berichtet, in denen er mit dem Collegen Knorre die Impression des vorliegenden Kopfes vorgenommen; darunter sind 5 Fälle mit normalem Becken und unter diesen 2, wo die lange Dauer der Geburt nach Verstreichen des Muttermundes allein die Indication zur Impression abgab. Es sollte die Zangenanlegung nur erleichtert werden; dabei trat das eine Kind sofort nach tiefer Impression unter kräftigen Wehen aus und die Operation war überflüssig. Dieser Fall kann als vortreffliches Paradigma für die Wirkung der Impressio capitis gelten und sich dem Koppe'schen [12]) Fall in Moskau an die Seite stellen, in welchem K. die Impression zum Zweck der Beckenmessung (P. Müller) vor der künstlichen Frühgeburt ausführte, und nachdem er die Frau auf kurze Zeit verlassen hatte, überrascht war, die Geburt in vollem Gang zu finden.

Ich habe nun die Impression zur Behandlung der Wehenschwäche auch in der Eröffnungsperiode angewandt, worauf ich, wie oben ausgeführt durch das Studium der Wehenentstehung hingewiesen worden bin, und habe dadurch spontane Geburten erzielt, deren Verlauf und Folgen als ideal zu bezeichnen sind. Als Beispiel mag die in der nebenstehenden Curve dargestellte Geburtsgeschichte gelten. In derselben sind die Wehenpausen aufgetragen, während die Wehen selbst nicht zur Darstellung gebracht worden sind. Die Häufigkeit soll hier der Anhaltspunkt sein. Nach ca. $8^1/_2$-stündiger Beobachtung habe ich einen Impressionsversuch ohne Narkose vorgenommen; weil dieser keinen genügenden Effect zu haben schien, habe ich dann in Narkose nach vollzogener Blasensprengung den Kopf fest eingedrückt, und alsbald verkürzten sich die Pausen und die Wehen wurden kräftiger. Während in $9^1/_2$ Stunden kaum ein Fortschritt zu constatiren war, ging nach der Impression die Geburt in $4^1/_2$ Stunden spontan zu Ende und verlief vollkommen im Typus einer normalen Geburt.

Verweise ich nun in Bezug auf die Technik der Impression auf die Arbeiten von Hofmeier, Muret und Holowko, so seien nur zur Indicationsstellung für diese Operation noch einige Bemerkungen gestattet.

Hofmeier empfahl dieselbe bei Beckenenge mit Cervixdehnung. Muret führte sie aus, auch ohne dass Cervixdehnung vorhanden war, in unserer Klinik (Holowko) wurde sie weiter auch bei normalem Becken zur Erleichterung der Zangenanlegung herangezogen und die Beschleunigung der Geburt bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode durch die Impression war ein weiterer Schritt.

Die erfolgreiche Einleitung der schleichend beginnenden Geburt, endlich die Erzeugung wirksamer Eröffnungswehen durch Eindrückung des Kopfes ergiebt sich aus meiner Theorie der Wehenauslösung und bestätigt sich aus unseren Erfahrungen vollkommen.

Damit ist der Impression des kindlichen Körpers das weiteste Feld eröffnet und der Umstand, dass diese Opetion nur durch äussere Handgriffe ausgeführt wird, gestattet die weitgehendste Empfehlung. Bedenkt man, dass die sog. «erste Drehung» [13]) des natürlichen Geburtsmechanismus bei der manuellen Impression ausgeführt werden kann, was mit der Zange nicht möglich ist, so wird man zum Resultat kommen, dass die Impression bei jeder sog. hohen Zange mit Vortheil angewandt werden wird, um den normalen Geburtsmechanismus möglichst treu bei künstlicher Entbindung nachzuahmen. Die wesentliche Erleichterung der Operation, die durch die vorherige Impression des Kopfes geschaffen wird, liegt ausserdem auf der Hand. Auch die Wendung auf den Kopf dürfte vielleicht wegen der Möglichkeit, ihre Nachtheile durch die Impression auszuschalten, jetzt häufiger gemacht werden als bisher, wie ich auch nach gemachten Erfahrungen glaube, dass die Wendung vom Kopf auf die Füsse durch die Möglichkeit der Impression eine Einschränkung erfahren wird.

Die rationelle Behandlung der primären, directen Wehenschwäche glaube ich im Vorstehendem in einer gewissen Vollständigkeit erörtert zu haben, wobei ich es mir versagen konnte, der erweiterten Anwendung der Hofmeier'schen Operation das Wort zu reden.

Die indirecte Wehenschwäche ist natürlich causal zu behandeln und ist namentlich die Blase der besonderen Beobachtung zu empfehlen. Die Anfüllung derselben kann die Geburt völlig sistiren [14]).

Den schlimmen Folgen der secundären Wehenschwäche bei Primiparen aber habe ich mehrfach durch prophylaktische Anwendung der Zange vorgebeugt, um die ausgehende Kraft des Uterusmuskels, die zudem, wenn der Kopf zum grössten Theil oder ganz in die Scheide getreten ist, nicht mehr genügend angeregt wird, für die Nachgeburt zu sparen.

Die Anwendung der Brechmittel bleibt nur für diejenigen Fälle reservirt, die, wie Winckel treffend bemerkt, mit Ueberfüllung des Magens complicirt sind, während die leider immer noch zu oft geübte Behandlung der Wehenschwäche mit grossen Dosen von Secale cornutum meiner Ansicht nach auf das Strengste zu rügen ist.

In solchen Verordnungen liegender Kritiklosigkeit entgegenzutreten, andrerseits die Geburten mit Wehenschwäche einer wissenschaftlichen Beurtheilung leicht zugänglich zu machen, war der Zweck vorstehender Arbeit. Dass sie auch in praxi hier und da zu erfolgreicher Nutzanwendung Anlass sei, ist der Wunsch, dem ich zum Schlusse noch Ausdruck gebe.

---

[11]) Holowko: Ueber das Einpressen des hochstehenden Kopfes in das Becken. Prot. d. III. Aerztetages und Therap. Monatshefte 1891 December.

[12]) Centralbl. für Gyn. Bd. XI. 1887, № 10.

[13]) Die Küstner'sche Schule erkennt die Nägele'sche Obliquität nicht als zum normalen Mechanismus gehörig an.

[14]) cf. Fehling: Die Blase in der Schwangerschaft und Geburt. Centralbl. für Gyn. 1893 № 23.



Der Menstruationszustand und die Menstruationspsychosen.

Von

Prof. P. J. Kowalewski.

(Charkow.)

(Fortsetzung).

Die Menstruationen, mit denen das geschlechtliche Leben des Weibes beginnt und diejenigen, mit denen es beschlossen wird, haben einen stärkeren Einfluss auf den Organismus als die andern. In dem einen wie in dem andern Falle wird eine ganze Reihe neuer Empfindungen, Gefühle, Gedanken erzeugt. Freilich werden in beiden Fällen diese neuen Gemüthsbewegungen ungleich, sogar völlig umgekehrt sein; dessen ungeachtet sind sie so stark, dass sie lebhaft im Gemüths- und Nervenleben wiederhallen. Im ersten Falle entstehen angenehme, fröhliche und erhabene Gefühle, Hoffnungen auf die Zukunft, sonnige Gedanken, — eine mit fröhlichen Erwartungen und Berechnungen verknüpfte Zukunft, im zweiten Falle — eine ungewisse Zukunft, und in der Vergangenheit in den meisten Fällen eine Menge Leiden, Prüfungen, Enttäuschungen und überhaupt unerfreuliche Lebensverhältnisse. Sowohl das eine, als das andere schafft im Leben des Weibes eine besondere Aera, welche in seinem ganzen Wesen, besonders aber in seinem Gemüthsleben sich bemerkbar macht.

Gut, wenn diese nervöse Umwälzung im Leben des Mädchens ruhig und ohne jegliche Erschütterung von statten geht, denn dann erleidet es, wenn es von Natur nervös ist, nur die geschilderten Erscheinungen. Wenn aber seine angeborene nervöse Schwäche sehr gross ist oder während des Lebens ungünstige Bedingungen vorhanden waren oder im Augenblick des Eintretens der Menstruation irgend welche Ueberraschungen angenehmer oder unangenehmer Art eintreten, so ist es zu schwereren Nervenstörungen in Form von gewissen Neurosen geneigt. In solchen Augenblicken entstehen leicht und entwickeln sich zuerst, wo sie latent sind: Hysterie, Epilepsie, Präcordialangst, Hemicranie, impulsive Erscheinungen in Form von Verlangen nach Essen untauglicher Gegenstände, Kleptomanie, Pyromanie, Selbstmord, gewaltthätige Furchtgefühle und sogar förmliche Psychosen.

So z. B. theilt Rousseau[5]) einen Fall mit, wo ein Mädchen in der Periode des geschlechtlichen Heranreifens vor dem Eintreten der Menstruation Anfälle von Melancholie und eine Neigung zur Brandstiftung empfand und in diesem Zustande zwei Mal Brandstifterin wurde. Marcé[6]) weist gleichfalls darauf hin, dass die ersten Menses nicht selten der Impuls zur Erscheinung von Psychosen sind. Hierher müssen wahrscheinlich auch die Fälle gerechnet werden, von denen Hippokrates, Esquirol, Morel u. A. sprechen. Besonders oft treten im Augenblick des ersten Erscheinens der Menstruationen auch die ersten hysterischen Anfälle ein. Auf die nahen Beziehungen der Hysterie zu den geschlechtlichen Perturbationen, besonders im Gebiete des Uterus, ist bereits vom Vater der Medicin hingewiesen worden; seitdem wurde die Hysterie lange Zeit in Beziehung zur Gebärmutter gebracht. Wenn wir auch in der letzten Zeit unsere Ansicht über die Wechselbeziehungen zwischen dem Uterus und der Hysterie geändert haben, wenn wir die Hysterie auch bei den Männern vorfinden — so wird doch Niemand leugnen, dass von sämmtlichen Lebenserscheinungen im Organismus des Weibes diejenigen Erscheinungen, die ihre Entstehung dem Leben des Uterus und der mit ihm eng verknüpften Organe verdanken, in der engsten Verbindung mit der Hysterie stehen, und dass die verschiedenen Schwankungen und Störungen im geschlechtlichen Leben des Weibes am häufigsten und am stärksten Veranlassung zum Erscheinen der Hysterie geben. Deshalb ist es ganz natürlich, dass ein die Geschlechtssphäre so scharf verändernder Vorgang, wie die ersten Regeln, einer leichten und freien Aeusserung hysterischer Erscheinungen Vorschub leisten kann; besonders bei dazu geneigten und beanlagten Mädchen kommt es oft vor, dass mit der ersten Menstruation auch der erste hysterische Anfall auftritt; es kommt aber auch vor, dass, wenn die Hysterie früher existirte, die erste Menstruation sie leicht wieder hervorruft. Gewöhnlich äussert sich die Hysterie im jugendlichen Alter in der schwächsten Form: in Gestalt nicht unterdrückbaren Weinens und Lachens, Globus hystericus, Clavus hystericus u. A.; die «grosse Hysterie» ist in dieser Periode eine sehr seltene Erscheinung.

Schlimmer ist es, wenn während der ersten Menstrualperioden die Epilepsie auftritt. Beim Mädchen tritt während der Menstruationsperiode auf dem Boden obengenannter allgemeiner Nervenerscheinungen plötzlich eine Ohnmacht ein. Diesem Ohnmachtsanfall geht ein wilder Schrei voraus und er wird begleitet von tonischen und klonischen Krämpfen, Bewusstlosigkeit, Verlust der Empfindlichkeit, erweiterten und nicht reagirenden Pupillen, beschleunigtem Pulse und anderen typischen Erscheinungen. Die Ohnmacht dauert 2—3 Minuten und das Mädchen erinnert sich nicht dessen, was mit ihm in diesem Augenblick geschah. Es ist zu sich gekommen und etwas ausser Fassung, sei es von der stattgefundenen Ohnmacht, sei es von den ungewöhnlichen Umständen, in die es infolge der Ohnmacht verfallen ist. Indessen kommt alles ins Geleise, es wird ruhig und vergisst das Geschehene. Es wird der Arzt gerufen, der in 99 pCt. aller Fälle den Verwandten erklärt, dass «das nichts zu sagen hat», «eine einfache Ohnmacht infolge der Menstruation» und dass «das alles vorübergehen wird», eine Antwort, welche zweifellos die Eltern beruhigt, die aus Liebe zur Tochter in diesem Anfall nichts Schlimmes zu sehen wünschen. Ein neuer «Ohnmachtsanfall» weckt die Eltern wieder aus ihrer Ruhe, aber die neue autoritative Aeusserung des Arztes, dass «das nichts zu sagen hat» und «vorübergehen wird», lullt die Eltern wieder ein und sie fangen an sich allmählich daran zu gewöhnen, dass bei ihrer Tochter während der Menstruation «Ohnmachtsanfälle» eintreten. Freilich kommt es vor, dass dann und wann diese Ohnmacht auch nicht während der Menstruation eintritt, dafür lagen aber Gründe vor: bald fastete ihre Tochter und ermüdete sich sehr, bald tanzte sie zu lange und ermüdete sich gleichfalls, bald starb jemand von den Nächsten und sie wurde davon erschüttert. In dieser Unwissenheit bleiben die Eltern das ganze Leben lang; die Tochter aber heirathet, gebiert nervöse und gemüthskranke Kinder und dann wundern sich Alle, woher dieses Unheil stammt! Es ist nothwendig, das Augenmerk auf diese Ohnmachten während der Menstruation zu richten. In den allermeisten Fällen würden sie sich als Epilepsie erweisen. Diese «Ohnmachten» müssen lege artis als Epilepsie behandelt werden und in einer sehr grossen Anzahl von Fällen werden sie einen ausgezeichneten Verlauf nehmen.

Nicht selten treten während der ersten Menstruationen bei Mädchen Anfälle von Anxietas praecordialis auf.

Solche Anfälle erscheinen am häufigsten in Form von Molimina menstrualia in denjenigen Fällen, wo die Menstruationen hätten eintreten müssen, aber nicht eingetreten sind. Die Angstanfälle sind nicht besonders scharf ausgeprägt und dauern sehr kurze Zeit.

Auch impulsive und gewaltthätige Erscheinungen kommen während dieser Momente vor, aber sehr selten.

[5]) Rousseau. Annales medico-psychologiques, 1881.

[6]) Marcé. Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 148.



Was die Psychosen anbetrifft, so kommen in der ersten Periode des Beginns der Menstruationen zuweilen Melancholie und Amentia in Form einer leichten und nicht lange dauernden maniakalischen Verwirrtheit vor, seltener kommt ein katatonischer Zustand vor. Diese Psychosen können dem Beginn der ersten Menstruationen vorangehen, wie z. B. im Fall von Kirn[7]), können sie begleiten und können ihnen nachfolgen. Marcé[8]) weist auch auf die ersten Menstruationen nach der Geburt hin. Diese haben offenbar auch eine sehr ernste Bedeutung für die Entstehung von Psychosen. In 44 Fällen von Puerperalpsychosen erkrankten 11 Frauen in der 6. Woche nach der Geburt, d. h. gerade in dem Moment, wo bei ihnen die Menstruation hätte eintreten müssen, wenn sie nicht gesäugt hätten. Bei denen, die nicht gesäugt hatten (und bei denen die Menstruation zur rechten Zeit eintrat), entwickelte sich die Psychose am ersten Tage der Menstruation, seltener am 4—5 Tage. Zuweilen entwickelte sich die Psychose in dem Moment, wo die Menstruation hätte eintreten müssen und nicht eintrat, und so erscheint hier die Psychose als Aequivalent der Menstruation. Bei Frauen, welche säugten, und dann zu säugen aufhörten, entwickelte sich die Psychose in dem Moment des Erscheinens der ersten Menstruation. Auf diese Weise sind nicht allein die ersten Menstruationen des Lebens von Bedeutung, sondern auch die ersten nach der Geburt.

Wenn aber die ersten Menstruationen auf nervöse Mädchen oft so ungünstig einwirken, so giebt es Fälle, wo sie auch eine gewisse wohlthätige Einwirkung erweisen. Nicht selten tritt bei sehr kräftigen, völlig entwickelten und stark gewachsenen, aber noch nicht menstruirten Mädchen Chorea ein. Sobald dann die Menstruationen eingetreten sind, verschwindet die Chorea für immer. So ist es nicht selten, aber weitaus nicht immer. Es giebt Fälle, wo die Chorea bei dem bereits menstruirten Mädchen eintritt — und es giebt Fälle, wo die Chorea recidivirt, selbst wenn die Menstruation nach dem ersten Anfalle der Chorea eintrat.

b) Der Einfluss der gewohnheitsmässigen Menstruationen auf den Organismus des Weibes ist seinem Charakter nach derselbe, wie beim ersten Auftreten, und der Unterschied wird dadurch bedingt, dass die ersten Menstruationen für den Organismus eine neue, und für das Mädchen eine unbekannte und unerwartete Erscheinung sind, weshalb sie stärker als in den nachfolgenden Fällen wirken. Deshalb beobachtet man auch nicht selten zusammen mit den ersten Menstruationen die ersten Anfänge der Hysterie, den ersten Eintritt der Epilepsie, den ersten Beginn der Migräne u. s. w. Bei den weiteren Menstruationen erscheinen bei vielen Frauen Migräne, Epilepsie, Hysterie, Traurigkeit u. s. w.; sie sind aber nichts Neues, das Weib gewöhnt sich an die Nervenerscheinungen.

In den meisten Fällen verstärken letztere sich etwas während der ersten 1—2 Tage. Dann beginnt die Nervosität nachzulassen und verschwindet gegen Ende der Regeln gänzlich. Das Weib fühlt sich ausgezeichnet. Nur dann und wann bleibt ein, zwei Tage nach der Menstruation eine etwas erhöhte Reizbarkeit nach.

So verlaufen die Menstruationen bei dem nervenstarken Weibe. 999 gesunde Frauen unter 1000 legen sich während der ganzen Menstruationsperiode nicht zu Bett und setzen die Arbeiten fort, mit denen sie sich gewöhnlich beschäftigen.

Abweichungen von diesem gewöhnlichen Gange der Dinge können entweder durch Veränderungen des weiblichen Organismus oder durch Abweichungen im Verlaufe der Menstruationen bedingt werden. Im ersteren Falle haben die chronischen Krankheiten des Organismus eine besonders grosse Bedeutung: chronische Lungen-, Herz-, Magendarmkanal-, Uterinleiden u. s. w. ziehen Blutarmuth, Erschöpfung, eine ganze Reihe nervöser Störungen u. a. nach sich. Auf einem solchen Boden werden die Menstruationen schon grössere Störungen im Gebiete des Nervensystems erzeugen. Jetzt können bei einem bis dahin nervenstarken Weibe während der Regeln Migräne Hysterie, Melancholie entstehen.

Die Menstruationen bewirken bei solchen Frauen dasselbe wie bei den erblich beanlagten: sie bringen verborgene oder latente Zustände der Hysterie, Migräne, Epilepsie u. a. zur Aeusserung, die von den betreffenden Frauen im Laufe ihres Lebens erworben wurden.

Einen viel schlimmeren Einfluss auf den weiblichen Organismus üben krankhafte Abweichungen im Auftreten der Menstruationen, namentlich übermässig verstärkte Menstruationen (Menorrhagie) und ausbleibende Menstruationen (Amenorrhoe). Die ersteren wirken, indem sie den Organismus übermässig erschöpfen, die zweiten wahrscheinlich durch Zurückhalten von Ausscheidungsproducten.

Auch die Menorrhagie und Amenorrhoe machen den einstmals nervenstarken Organismus denjenigen Organismen gleich, die von Geburt als nervenschwach erscheinen.

In der Gesetzgebung werden die Strafen nach Graden eingetheilt, wobei mildernde und erschwerende Umstände maassgebend sind. Wenn auch für Krankheiten diese Umstände in Betracht kämen, so müssten für das gesunde Weib als erschwerende Umstände während der Menstruationsperiode gelten: erstens alles, was seinen Organismus entkräftet, und blutleer macht: Krankheiten, schlechte Nahrung, schwere, übermässige, entkräftende Arbeit, schlimmer moralischer Zustand und drgl., — und zweitens krankhafte Abweichungen im Auftreten der Menses selbst, als Menorrhagie, Amenorrhoe u. a. Das Auftreten eines dieser Umstände beschwert den Organismus um einen Grad, das Auftreten zweier um zwei Grade u. s. w. Der gewöhnliche Menstrualzustand eines nervengesunden Weibes darf durchaus nicht für einen krankhaften angesehen werden. Höchstens könnte man zugeben, dass unter ungünstigen Lebensverhältnissen der Boden für eine Affection günstig ist Dieser gesunde Nervenzustand wird bereits ein labiler, wenn er bei einem chronisch kranken, blutarmen, entkräfteten u. s. w. Weibe vorkommt. Genau so wird er ein labiler, wenn bei einem physisch kräftigen und gesunden Weibe Amenorrhoe, Menorrhagie, Dysmenorrhoe u. a. vorkommt. Doppelt schädlich wirken diese Einflüsse, wenn Amenorrhoe und Dysmenorrhoe bei einem kranken, schwachen und entkräfteten Weibe auftreten. Auf diese Weise können von Natur nervenstarke Frauen unter dem Einfluss ihren Organismus beschwerender Umstände und durch Abweichungen in den Menstrualerscheinungen aus dem Zustande des gesunden Gleichgewichts (in Bezug auf das Nervensystem während der Menstruationen) in den labilen Zustand übergehen, indem dadurch der Boden geschaffen wird zur Entstehung von Hysterie, Neurasthenie, Migräne, Melancholie, Angstanfällen, Gewaltthätigkeit, unüberwindlicher Neigung zu Alkohol, Morphium etc. und einer ganzen Reihe anderer Abweichungen im Nervensystem, die von Geburt dazu prädisponirten Organismen eigenthümlich sind.

Schüle[9]) sagt, dass der Geisteszustand selbst eines völlig gesunden Weibes keine beständige, bestimmte Grösse vorstellt, sondern eine Reihe von Schwankungen. Die Menstrualperiode ist ein Moment, welches auf das psychische Gleichgewicht des Weibes einwirkt. Bei Frauen

[7]) Kirn. Die periodischen Psychosen.

[8]) Marcé. Traité pratique des maladies mentales, 1862, 146.

[9]) Schüle. Ueber den Einfluss der sog. Menstrualwelle auf den Verlauf psychischer Hirnaffection. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1890.

mit einem gesunden Nervensystem erzeugt diese Periode bald einen Zustand der Depression, bald einen Zustand der Erregung, -- bei nervösen Frauen aber kann sie zu nervösen Erkrankungen führen sowohl in Form von Depression, als auch in Form von Erregung. Was den Einfluss des Menstrualzustandes in seinem weiteren Verlauf anbetrifft, so ist er bei nervös veranlagten Frauen unter günstigen Lebensbedingungen fast derselbe wie beim ersten Auftreten der Menstruationen, nur ist er ein wenig schwächer, da die Frau lernt, ihn zu tragen und zu dulden. Abgesehen von den allgemeinen Nervenerscheinungen, die dem Menstrualzustand des nervengesunden Weibes eigenthümlich sind, ruft der Menstrualzustand bei nervös praedisponirten Frauen diejenigen Neurosen hervor, die diesem oder jenem Organismus eigen sind. Am häufigsten kommen dabei vor Hysterie, Migräne, Kopfschwindel, epileptische Anfälle, Zahnweh, Neurasthenie u. a. Alle diese Erscheinungen begleiten unter anderen günstigen Verhältnissen durchaus nicht immer die Menstrualperiode, dafür aber fördern ungünstige Umstände ihr Auftreten und ihre Entwickelung bedeutend.

Besonders oft kommt während der Menstruation Migräne vor; bereits einige Tage vor dem Auftreten der Menstruation erscheint die Migräne als ihr Vorbote und begleitet den ganzen Verlauf der Menstruation, zum Ende derselben allmählich schwächer werdend.

Der hysterische Zustand äussert sich am häufigsten in einem niedergeschlagenen Gemüthszustand, Weinerlichkeit, ungenügend begründeten Klagen, Erscheinung des Globus und Clavus hystericus, dann und wann in Krampfanfällen und noch seltener in hystero-epileptischen Anfällen.

Die Epilepsie äussert sich durch nächtliche und tägliche Krampfanfälle. Die ersteren treten gewöhnlich ohne jeglichen äusseren Anlass, infolge des centralen Reizes auf — die Tagesanfälle haben gewöhnlich irgend einen äusseren Anlass. Oft jedoch gehen Jahre ohne jegliche Anfälle vorüber oder letztere äussern sich in der Form von leichterer Absence, Vertigo und anderen schwach ausgeprägten Aequivalenten von Krampfanfällen. Der Nervositätsgrad solcher menstruirender Frauen steht in directer Abhängigkeit von ihrer neuropathischen Beanlagung und dem vorhergehenden Nervenzustand. Als auf zufällige, den nervös krankhaften Zustand verstärkende Ursachen muss auf Krankheiten und auf die den weiblichen Organismus schwächenden Lebensmomente hingewiesen werden, sittliche und seelische Erschütterungen und krankhafte Abweichungen im Verlauf der Menstruationen selbst, als Amenorrhoe, Menorrhagie, Dysmenorrhoe u. a. Diese krankhaften Zustände erscheinen als die den weiblichen Organismus beschwerenden Momente.

Es kann so weit kommen, dass bei einem menstruirenden Weibe sich Gemüthsstörungen entwickeln. Das Auftreten von Gemüthsstörungen während der Menstruation ist eine schon lange bekannte Erscheinung. Das ist eine so stark verbreitete Erscheinung, dass schon seit lange die Frage von dem Vorhandensein des Menstrualwahnsinnes aufgeworfen wird. Diese Frage ist auch bis jetzt unentschieden, da von einigen Psychiatern das Vorhandensein eines Menstrualwahnsinnes sui generis anerkannt wird, während andere in ihm nichts Specifisches sehen.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

A. Demosthèn: Experimentelle Studien über die Wirkung des Rumänischen Mannlicher Mantel-Geschosses 6,5 Millimet. Diameter. (Referirt vom Mitglied der Med. Academie Chauvel). Archive de Médecine et de Pharmacie militaires. Janvier. Nr. I. 1894.

Das neue Mannlicher Gewehr, hat ein Kaliber von 6,5 Mm.; der Kern des Geschosses besteht aus 96 pCt. Blei und 4 pCt. Antimon und ist in einen Stahlmantel, der eine Decke von Melchiormetall hat hineingepresst; das Geschoss ist cylindrisch oben abgestumpft, der Durchmesser des cylindrischen Theils = 6,65 Mm., die Totallänge 31 Millimeter, das Gewicht 10,32 Gramm; die Cartouche ist mit 2,45 Gramm rauchschwachen Pulvers geladen. Das Rumaenische Gewehr hat ein geringeres Gewicht und kleineres Kaliber als das Gewehr der anderen europäischen Staaten, und das Projectil hat bei kleinerem Gewicht eine grössere Fluggeschwindigkeit und Durchschlagskraft (puissance de pénétration). Das Kaliber des Französischen Lebel-Gewehrs 8 Mm., Deutsches Gewehr Mauser 7,9 Mm., Russisches Infanterie-Gewehr 7,62 Mm.

Prof. Demosthèn hat die Schiessversuche in bestimmten Entfernungen mit für den Krieg vorbereiteten Patronen anstellen können, wodurch Fehler vermieden sind, die bei den genauesten Berechnungen doch vorkommen müssen, wenn man sich Patronen mit verminderter Ladung bei entsprechend verkürzten Entfernungen bedient, wie das bei anderen Versuchen geschehen ist. Die Schüsse wurden in verschiedenen Entfernungen auf 1) verschiedenartige widerstandsfähige Gegenstände 2) bekleidete Menschenleichen. 3) lebende Pferde abgegeben. Die Entfernungen waren im 1. Fall von 12—100 Meter.

Das Geschoss durchbohrt in einer Entfernung von 12 Meter 4 Eisenplatten von 2 Millimeter Dicke und drückt die 5. Platte ein, wobei die Eintrittsöffnungen von 5—20 Mm. sich erweitern; ebenso werden 2 Eisenplatten von 4 Mm. Dicke durchbohrt und die 3. Platte wird eingedrückt; auf 12 und 25 Meter Entfernung wird eine Gusseisenplatte von 13 Mm. Dicke durchbohrt, und eine Gusseisenplatte von 18 Mm. Dicke erhält einen Eindruck von 3,5 Mm. Tiefe und die Stücke des zerbrochenen Geschosses fliegen bis zum Schützen zurück. Das Letztere beweist, dass der Geschossmantel beim Aufschlagen auf einen nicht zu durchbohrenden Gegenstand zerschmettert wird und durch seine Splitter vielfach Schaden anrichten kann, wie bei den einfachen Geschossen. In einer Entfernung von 12 Meter drang das Geschoss in ein aus Tannenholzwürfeln gebildetes Parallelipipedum, in der Faserrichtung auf 1,47 M. Tiefe, in der Querrichtung auf 68 Centim. ein, dabei wurde das Projectil in geringem Maass zusammengedrückt. Beim Schuss auf einen Eichenholzwürfel ist der Schusskanal rein cylindrisch, hat 6 Mm. im Diameter und in der Faserrichtung eine Länge von 65 Cm., in der Querrichtung — von 55 Cm. Auf 100 Meter durchbohrt ein Mannlicher Geschoss einen mit Eichenholz-Saegespähnen gefüllten Sack von 40 Cm. Dicke, ein 11 Cm. dickes Lindenholzbrett und dringt auf 5 Cm. in ein 2. derartiges Brett ein. In derselben Entfernung werden 2 Säcke mit Sägespähnen, die eine Wand von 80 Centm. Dicke bilden durchbohrt und die Kugel dringt in eine hinter denselben aufgestellte Holzbohle bis in die Tiefe von 6 Centm. ein.

Beim Schiessen durch mit Pulver, Schwefel und anderen leicht entzündlichen Gegenständen gefüllten Kisten, kam es nicht zur Entzündung oder Flammenbildung, was zu dem Schluss berechtigt, dass bei den Verwundungen von Soldaten weder Entzündungen der Kleidungsstücke noch Gewebsverbrennungen stattfinden werden.

Beim Schuss auf eine mit Wasser gefüllte Kiste bleibt das Mannlicher Geschoss erst in einer Tiefe von 1,50 M. stecken; von 100 Projectilen waren 5—6 deformirt, 2—3 zersplittert.

Die Schussversuche auf Menschenleichen und lebende Pferde wurden in der Entfernung von 5—1400 Meter unternommen. In Kürze ergab sich folgendes Resultat.

Die Schüsse auf 30 Menschenleichen ergaben 44 Verwundungen und auf 8 lebende Pferde 22 Verwundungen. Nach den Körpertheilen vertheilen sich die Verwundungen:

A. Menschenleichen: Schädel 5, Gesicht 1, Hals 1, Gesicht und Hals 1, Brustkorb 4, Leib 5, Brustkorb und Leib 1, Schulter 1, Oberarm 4, Vorderarm 3, Hand 2, Oberschenkel 8, Knie 1, Unterschenkel 7.

B. Pferde: Schädel 3, Gesicht 1, Hals 2, Brustkorb 5, Bauch 21, Brustkorb und Bauch 1, Becken 3, Hintertheil 1, Schulter 1, Vorderfuss 1, Hinterfuss 1.

Auf die erzielten Veränderungen in den einzelnen Geweben des menschlichen und thierischen Organismus näher einzugehen, fehlt der Raum, es sei nur erwähnt, dass bei 36 Fracturen und 44 Knochenverwundungen Demosthèn nur 5 Mal ein Steckenbleiben des Projectils oder seines Mantels im Gewebe beobachtet hat und dass bei den lebenden Thieren, sobald nur, wenn auch ein mittelgrosses Blutgefäss — ob Arterie oder Vene — durch das Mannlicher Geschoss verletzt war, das Blut sich in bedeutender Menge ergoss, bald sturzweise aus der Eintritts und Austrittsöffnung hervorstürzend, bald hervorsickernd; stets bildete sich in den Geweben, dem Zellengewebe, den serösen Höhlen ein, oft enorm grosser, Bluterguss und der Tod erfolgte in 3—7 Minuten nach dem Schuss. Nach der Ansicht des Dr. Demosthèn ist anzunehmen, dass das Rumänische Mannlicher Geschoss zerstörender wirken wird, als das Geschoss der von den grossen europäischen Staaten angenommenen Gewehre, da das Gewehr leichter an Gewicht ist, die Flugkraft des Projectils rascher, die Praecision grösser und die Eindringungskraft (pénétration) bedeutender.



Nach Prof. Demosthèn ist die Behauptung, dass das Mantelgeschoss mehr Leute kampfunfähig machen, dabei aber eine geringere Zahl tödtlicher Verletzungen hervorbringen wird, sehr angreifbar; er sagt: «betreffs der Wunde eines Körpertheils deren kleine und regelmässige Hautöffnungen einen enormen Herd von Diaphysenfractur verdecken; betreffs der kleinen, runden und glatten Hautdeckenöffnungen des Thorax, die aber den Weg zu einem intrapleuralen Blutextravasat von 3–4 Kilogramm bilden, kann man nicht umhin zu behaupten, dass dieses sog. humane Geschoss, welches den Schädel zerschmettert, die Knochen zerbricht, die Blutgefässe scharf durchschneidet, sich im Körper deformiren und sogar in zahlreiche spitze, scharfschneidende Stücke, die nicht herauszuziehen sind, spalten kann, etliche Personen auf ein Mal verletzt, und, indem es die Zahl der Verwundeten und der Verwundungen vermehrt, und die gefährliche Zone vergrössert, uns daran verhindert den Verwundeten Hülfe mit der nöthigen Schnelligkeit und Sicherheit darzubringen — sehr perfid ist».

Grimm.

E. Fränkel: Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19.)

Von allen Operationsmethoden kommen nur die Ventrifixation und die Vaginaefixation nach Mackenroth in Betracht. Ueber die Resultate der letzteren Operation kann man sich noch kein endgültiges Urtheil erlauben wegen zu kurzer Beobachtungsfrist der operirten Fälle, doch scheint das Verfahren gute Resultate zu geben. Es ist indicirt für Fälle von Scheidenvorfall, Vorfall mit Retroflexion des secundär vergrösserten Uterus und grösserem oder geringerem Dammdefect. Frauen der arbeitenden Klassen erhalten durch die in einer Sitzung gemachte Vaginaefixation, Kolporrhaphie und Dammplastik in 3 Wochen ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder. Die schlechten Dauererfolge der bisher üblichen plastischen Prolapsoperationen rührten daher, dass man entweder die gewöhnlich complicirende Retrodeviation des Uterus ganz unberücksichtigt liess, oder sich darauf beschränkte, ein kleineres oder grösseres Stück der Portio vaginalis oder supravaginalis zu amputiren. Die Retroflexio machte die Pessarbehandlung nothwendig. Der Erfolg der Plastik wurde aber durch die Dehnung durch das Pessar allmählich wieder zu nichte gemacht. Diesem Circulus vitiosus entgeht man durch die Mackenroth'sche Vaginaefixation, verbunden mit Scheidendammplastik. Die in ihren Dauerresultaten vortreffliche Ventrifixation soll bei nicht fixirten Retrodeviationen des Uterus wegen der Gefahr der Bildung eines Bauchbruches nicht angewandt werden. Das permanente Tragen einer Leibbinde wegen Bauchbruches ist für die arbeitende Klasse ein weit schlimmeres Uebel als Retroflexion und Prolaps. Aus diesem Grunde ist die Vaginaefixation, falls ihr Dauererfolg durch fortgesetzte Beobachtung erwiesen wird, der Ventrifixation vorzuziehen. Letztere kommt in Frage bei fixirten Retrodeviationen des Uterus. Bei denjenigen Prolapsen des Uterus, wo gleichzeitig pathologische Veränderungen der Ovarien oder schwere Metritis oder fibroide Veränderungen des Uterus bestehen, ist die Castration mit der Ventrifixation zu verbinden. — Endlich ist die Zahl derjenigen Fälle von Rückwärtsneigung und -Beugung der Gebärmutter, die durch eine consequente und zweckmässig geleitete Pessartherapie und Massage geheilt werden können, verhältnissmässig gross, aber es ist nicht Jedermanns Sache, 3—4 Jahre lang und darüber mindestens vierteljährlich den Arzt aufzusuchen und auch sonst die täglichen Manipulationen, die das Tragen eines Pessars erfordert, an sich vorzunehmen.

W. Beckmann.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 2. März 1894.

1. Dr. Bergmann stellt 3 Kranke vor, bei denen er wegen Darmbein-Osteomyelitis die Resection ausgeführt, und hebt hervor, dass die Mortalitäts-Ziffer bei Osteomyelitis des Darmbeins eine erschreckend grosse sei. Günstiger Ausgang wurd ein einer bisher nur sehr kleinen Zahl von Fällen berichtet, diese Fälle betreffen Erkrankungen des Darmbeinkammes. Es scheint als ob hier der Epiphysenknorpel gewissermaassen ein Fortschreiten des Processes auf den Knochen selbst zunächst verhindere resp. erst im weiteren Verlauf, eventuell nach Jahren erst zulasse, wie solches in ganz analoger Weise sich auch in den langen Knochen abspiele. Der traurige Ausgang der Darmbeinosteomyelitis welchen Vortr. aus eigener Erfahrung in mehreren Fällen beobachtet, veranlassten ihn zum 1. Mal im vorigen Jahr ein Darmbein total zu reseciren, d. h. in seiner Verbindung mit Sitz- und Schambein im Gelenk auszulösen. Der Kranke genas und zwar mit einem functionell befriedigenden Resultat.

2. Fall. 20-jähriger Mann. Darmbeinosteomyelitis rec. 19. Dec. 1893. Resection bis hart an die Gelenkpfanne, wo das Periost sich nicht mehr so leicht ablöste, und der Knochen durchaus gesund aussah. Sehr schweres Krankenlager. Pat. geheilt vorgestellt mit ca. ⅓ der normalen Function.

3. Fall. 6 jähriges Mädchen operirt am 31. December 1893. Darmbein ausgelöst in den noch nicht verknöcherten Verbindungen der Gelenkpfannen ausserhalb der Gelenke, sehr gutes functionelles Resultat. Ueber die Technik der Operation, sowie die Details der Krankengeschichten gedenkt Vortr. ausführlich nächstens zu berichten. (Autorreferat).

2. Dr. v. Zur-Mühlen legt ein Präparat einer Dünndarmschlinge vor, welche von einem verschluckten Knochenstück perforirt ist. Das Präparat stammt von einer Patientin, welche bei der Untersuchung Erscheinungen einer incarcerirten Hernie darbot. Die Operation ergab ein Diverticulum Nuckii und eitrige Peritonitis, deren Ursache bei der Operation nicht zu constatiren. Während der Operation deutlicher Beweis für die Durchgängigkeit des Darmes wenigstens für Gase. Tod am andern Tage an allgemeiner Peritonitis. Section ergab vorgelegtes Präparat.

3. Dr. Krannhals referirt über 7 Krankheitsfälle, welche klinisch die Erscheinungen einer, allerdings rudimentären, Meningitis cerebralis resp. cerebrospinalis darboten, anatomisch sich in den 5 letal endenden Fällen nicht als Meningitis erwiesen, sondern nur Oedem der Pia, hochgradige venöse Hyperaemie derselben und zahlreiche kleine Blutungen in das Bindegewebe der weichen Hirnhaut aufwiesen. Sämmtliche Fälle wurden im Stadtkrankenhause zu Riga beobachtet, und zwar im unmittelbaren Anschluss an die Influenza-Epidemie des Winters 1889 — 1890, im März und April 1890, nur ein Fall Mitte Juni 1890, als der letzte derartige. Sonst sind im Stadtkrankenhause derartige Fälle nicht mehr beobachtet worden, auch nicht bei dem Wiederauftreten der Influenza in dem Winter 1893—1894. Vortragender bringt die Fälle in Zusammenhang mit der Influenza und stellt als Möglichkeit hin, dass sie der sog. «Nona» zugezählt werden könnten. Die Casuistik wird in extenso publicirt werden. (Autorreferat).

Dr. Tiling meint, dass der anatomische Befund eine genügende Erklärung für die klinisch zur Beobachtung gelangten Symptome darbieten, es käme eben nur darauf an, der Aetiologie nachzuforschen. Er schildert einen ähnlichen Fall, den er vor einigen Wochen in Rothenberg zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Es handelt sich um einen gesunden kräftigen Fabrikarbeiter, welcher plötzlich am Morgen mit Bewusstlosigkeit erkrankte. Taumelnder Gang, Verwirrtheit und sonstige für Meningitis charakteristischen Symptome. Keine Krämpfe, leichte Paresen; Pupillen mittelweit, träge Reaction. Zuletzt Nackenstarre. Tod in 4—5 Tagen. Section. Oedem der Convexität und der Ventrikel und ganz leichte grünliche Verfärbung der Pia. Dr. Tiling lässt die Frage offen, ob es in sehr acut verlaufenden Fällen nicht zum Tode kommen könne, ehe sich anatomisch die für Meningitis charakteristischen Erscheinungen ausgebildet haben.

Dr. Holst führt auch einen Fall aus seiner Praxis an, wo er erst an Meningitis gedacht, der aber in Heilung übergegangen. Es handelt sich um einen ca. 50 jährigen Mann, welcher comatös mit Temperatur v. 40° ins Krankenhaus gebracht wird, dabei besteht Muskelstarre (nicht Nackenstarre) Hyperaesthesie des Nackens und Rückens. Blase bis zum Nabel gefüllt, muss mit Catheter entleert werden. Percussion des Kopfes sehr empfindlich. Pupillen weit. Reaction träge. In Folge dieser Symptome Annahme einer Meningitis. Nach 24 Stunden Sensorium klarer. Am 3. Tage Sensorium ganz frei. Temp. 38°. Einziges Krankheitssymptom Retentio urin. Später an der Natesgegend nicht sehr ausgebreitete Phlegmone mit nachfolgendem tiefem gangränösem Geschwür. Die später erhobene Anamnese deutete auf vorausgegangene Influenza.

Dr. Hampeln betont seine vollständige Uebereinstimmung mit den Ausführungen Dr. Krannhals: dass es sich in den referirten Fällen um eine Infectionskrankheit gehandelt habe, erscheine ihm zweifellos. Die Natur derselben lasse sich nur per exclusionem feststellen. Entweder handele es sich um eine neue Erkrankung, welche noch unbekannt, oder es komme nur Cerebrospinal-Meningitis und Influenza in Frage. Wäre der pathologisch-anatomische Befund negativ ausgefallen, dann läge die Annahme einer Cerebrospinalmeningitis ohne Meningitis nahe, wobei Dr. Hampeln auf die Analogie bei Typhus exanthematicus ohne Exanthem hinweist. Man hätte es dann nur mit der functionell-toxischen Wirkung ohne anatomische Veränderung zu thun. Der positive anatomische Befund lasst jedoch eine besondere Erkrankung annehmen und da bliebe nur die Influenza übrig. Vor ca. 15 Jahren herrschte in Riga eine Typhus exanth.-Epidemie, in welcher nicht selten charakteristische meningitische Symptome klinisch zur Beobachtung kamen, wo das Exanthem während des Lebens fehlte und der Obductionsbefund negativ ausfiel.

Dr. Krannhals betont Dr. Tiling gegenüber seinen Zweifel, dass es in seinen Fällen vielleicht doch zu einer Eiterung hätte kommen können, da die mikroskopische Untersuchung nichts für diese Annahme Sprechendes ergeben habe.

Dr. Tiling hat nur einer Vermuthung Ausdruck geben wollen, welche ihm in sofern einige Wahrscheinlichkeit für sich zu haben scheine, als die Eiterbildung durchaus nicht dort vor sich gehe, wo der Herd zu finden sei, sondern meist eine eigenthümliche Verschleppung längs der Gefässscheiden zu beobachten wäre.

Dr. Ed. Schwarz berichtet auch über einen Fall, zu dem er vom Collegen Gilbert gebeten worden ist, wo er auch auf Grund der bestehenden Symptome eine Meningitis annehmen zu müssen glaubte — es handelte sich unter anderem um eine Neuritis optica, welche namentlich auf dem rechten Auge deutlich ausgesprochen war, und dementsprechend die Prognose ungünstig stellte. Nichtsdestoweniger genas Patientin nach einigen Tagen. Der ophthalmoskopische Befund war zurückgegangen. Hier handele es sich um eine Erkrankung nach Influenza.

Dr. Hampeln betont, dass diese Erscheinungen immer nur am Ausgange einer Epidemie beobachtet worden sind, und dann immer sporadisch.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Fortsetzung).

2. Hoffa (Würzburg) pathologisch-anatomische Demonstrationen zur Operation der angeborenen Hüftgelenks-Verrenkung. Es fand sich bei einem ½ Jahr post operat. an Diphtherie gestorbenen Kinde eine wirkliche Nearthrose. Eine wirkliche Aushöhlung der Pfanne sei an dieser Stelle (cf. Hoffa) sehr wohl bis zu genügender Tiefe möglich, da der Knochen hier vollauf dick genug sei.

Schliesslich bedeute aber auch eine Perforation des Beckens keine besondere Complication, da ja das Periost auf der Innenseite jedenfalls erhalten bleibe. — H. empfiehlt seine Operation für das 3.—12. Lebensjahr. Später sei der Schenkelhals derart verzogen, dass die Reposition Schwierigkeiten bereite. Schon bei 14 jährigen sei sie unmöglich — der Hals werde dick — stelle sich rechtwinklig. (Dem.)

Die Verschieblichkeit und Beweglichkeit des Kopfes bei Luxat. congen. sei wesentlich bedingt durch die Interposition der langgezogenen Kapsel und des lig. teres. H. schneidet die sich interponirende Kapselwand, die die Nearthrosenbildung hindert, fort, resecirt (sc. schält) den Kopf, wobei das lig. teres abfällt, wenn es vorhanden war und frischt die Pfanne an. Das lig. teres fehlt bei doppelseitiger Luxation häufig. — H. fand es nur 4 mal. Bei einseitiger ist es in der Regel vorhanden. Es macht sich sein Defect schon klinisch kenntlich dadurch, dass die aufgelegte Hand bei Rotation ein Knacken fühlt. Fehlt das Lig., so hat die unblutige Behandlung Aussicht, ist es vorhanden, so ist zu operiren.

Discussion. Schede (Hambg.). Seiner Ansicht nach kommt die Verbiegung des Schenkelhalses schon früher vor, d. h. schon in der Kindheit. Bei der Operation muss man zwecks der Reposition sehr stark nach innen rotiren. Eine Osteotomie wird nicht nothwendig, da die Kranken auch so ganz gut gehen. Sch. hält dafür, dass man auch ältere Kinder operiren kann und führt einen Fall an, in dem es ihm nach allerdings langer Vorbehandlung des 13 jährigen Knaben (Extension bis 30 Pfd. und Verschiebung von 7—8 Ctm.) und nach ausgedehnten Muskeldurchschneidungen gelang den Kopf in der neugebildeten Pfanne festzuhalten. — Sch. referirt dann noch über die gelungene blutige Reposition einer im 4. Lebensjahr erworbenen Luxation eines Erwachsenen.

Lauenstein (Hambg.) weist auf die Schwierigkeiten hin bei kleinen Kindern die Durchnässung des Verbandes und damit die Infection der Wunde sicher zu vermeiden. — Man lege die Kinder wohl auf die gesunde Seite oder suspendire das Bein; dennoch kämen Verunreinigungen vor, an denen hauptsächlich die um den Damm laufenden Bindentouren schuld seien. Er hat eine Drahtschiene construirt, die die Verbandstoffe über der Wunde fixirt und die Touren um den Damm unnütz macht.

Wagner (Königshütte) empfiehlt die Hoffa'sche Operation auch für ältere Kinder. Man kann die Muskulatur bis zum halben Femur ablösen, den zu grossen Kopf schälen und ihn in die neue Pfanne bringen. Es gelang ihm so eine Verkürzung von 7 Ctm. auf 2½ zu reduciren und den Gang wesentlich zu verbessern.

Karewsky (Berlin, jüdisches Krankenhaus). Das spätere Schicksal der Operation hängt wesentlich davon ab, ob die Knochenkerne erhalten sind oder nicht, in welch' letzterem Falle der Knochen im Wachsthum zurückbleibt.

Mikulicz (Breslau) dankt der Hoffa'schen und Lorenzschen Operation genauere Kenntniss der anatomischen Verhältnisse. Man könne jedoch in frühen Stadien auch ohne Operation auskommen. Er habe durch Lagerung in sich steigernder Abduction und Auswärtsrotation bis 90° sowie Extension (Spreizstellung) von 4 Fällen 3 geheilt. Allerdings erfordere die Heilung Zeit und Geduld. Nach 3 Monaten sei noch kein Effect zu bemerken. In 6 Monaten sei die Beweglichkeit noch vorhanden, in 9 Monaten sei alles fest und nach 1 Jahr seien die Verhältnisse normal. — Allerdings sei diese Methode nur bei Kindern von 1 bis 2½ Jahren anzuwenden, bei älteren nicht. In frühen Stadien muss man schonend reduciren. Es gäbe diese Behandlung ungleich bessere Resultate als die blutige.

Gussenbauer (Prag) empfiehlt zu Spätoperationen das König'sche Verfahren. Mädchen von 13⅓ Jahren bei der sich keine Pfanne, kein lig. teres vorfanden, konnte auf dem König'schen Lappen schon nach 5 Wochen stehen und war die Lordose viel besser.

Schede. Im Princip sei daran festzuhalten, dass die Behandlung mittelst Druck und Extension Aussicht habe, so lange die Kinder noch nicht gegangen seien. Später gehe es nur sehr langsam. Durch die Taylor'sche Schiene werde allerdings das Bein abducirt, aber zugleich auch der Kopf statt aufgedrückt, abgezogen.

Die Ursache liege darin, dass die abducirende Schraube gegen den Beckenring wirke. Sch. hat die Schiene so modificirt, dass er 1) das Gelenk nicht am Beckenring, sondern an der Hülse angebracht hat und nun die Schraube gegen die Hülse wirken lässt. Nach praeliminarer Extension ist es Sch. gelungen noch bei einem 14-jährigen nach 1-jähriger Behandlung ein vortreffliches Resultat zu erzielen. Sch. hat 51 Fälle behandelt: 4 Kranke im Alter von 5—17 Monaten geheilt. 11 Kranke von 17 bis 48 Monaten ebenfalls als geheilt anzusehen. Bei 3 Kranken im Alter von 7—8 Jahren ist die Verkürzung von 6—8 Cm auf 1—2 reducirt und gehen die Kranken gut. Erfolg in Summa 29 Fälle.

Misserfolge: 8 unbekanntes Resultat, 3 von den Eltern vernachlässigt. 6 ungünstig, 5 Behandlung aufgegeben und später operirt. Summa 22 — im Ganzen 51.

Die Schiene empfiehlt Sch. nur für ambulante Behandlung und einseitige Erkrankung.

Tillmanns (Leipzig). Der Erfolg hänge ab von der Stellung des Collum femor. Referirt einen Fall von im 3. Jahr acquirirter Luxation. Operation. Heilung.

Bergmann (Berlin) erinnert an die Worte Thierschs: Vor der Operation watscheln die Patienten wie die Enten, nach der Operation — wie lahme Enten. Schon seit langer Zeit habe Hessing Apparate construirt die alles leisten was man verlangen könne. Die Operation mit den gewaltigen Muskelablösungen sei immerhin als eine im Vergleich zu den Resultaten der conservativen Therapie zu gefährliche anzusehen.

Vereiterungen seien nicht blos ihm, sondern auch anderen passirt und dann sei das Resultat elend.

Brahmann referirt über 14 von ihm operirte Fälle.

Hoffa bittet nur Kinder zu operiren, nicht Erwachsene, dann werden die Resultate viel besser sein.

3) Küster (Marburg), Rhinoplastik aus dem Arm (mit Krankenvorstellung).

Küster empfiehlt die Thiersch'sche Methode der Excision lupöser Haut und zwar möglichst früh, damit keine totale Rhinoplastik nöthig sei, von der trotz aller Bemühungen immer noch das Wort des bekannten Franzosen gelte: affreux, horrible, difforme! Allerdings sei man bei Frühoperationen nicht sicher vor Recidiven, die den plastischen Ersatz wieder zerstören. Deswegen empfehle K. die italienische Methode der Rhinoplastik aus dem Arm. Sie sei schonender und entstelle nicht die Umgebung. Demonstration einer Kranken bei der die Nasenspitze aus der Armhaut gebildet ist.

Discussion:

Schmidt (Stettin) hat auch aus dem Arm die Nase gebildet. Er hat sie jedoch schon auf dem Arm geformt (Flügel, Filtrum etc.) und nach 6 Wochen überpflanzt. Allerdings schrumpfe eine solche Nase nicht unerheblich.

Bardeleben weist darauf hin, dass die Bildung der Nase auf dem Arm eben von Tagliacozzi empfohlen sei. Graefe und die Deutsche Schule überpflanzte zuerst und modellirte dann.

B. hat schon vor langer Zeit versucht diese Lappen auf dem Arm gedoppelt zu bilden, das Resultat ist trotz alledem ein mangelhaftes bei totaler Rhinoplastik.

Krause (Altona) hat ungestielte Lappen aus dem Arm überpflanzt und rühmt bei dieser Operationsweise gegenüber der Thiersch'schen Transplantation die grössere Beweglichkeit der aufgepflanzten Haut.

4) Heidenhain (Greifswald). Ueber Fussresection mit dorsalem Lappenschnitt. Helferich sähe den



bilateralen Schnitt als das Normalverfahren an. Für schwere Fälle jedoch eigne sich der Bardenheuer'sche Lappenschnitt. Bardenheuer habe ihn vorwiegend bei Erkrankungen der kleinen Fusswurzelknochen empfohlen. Er leiste jedoch ebenso vortreffliche Dienste bei Erkrankung des Sprunggelenkes. (Demonstrirt 5 Fälle von Sprunggelenkresection, 3 streng nach Bardenheuer operirte. Alle glatt geheilt, gehen vortrefflich). H. tamponirt stets und näht secundär, nothgedrungen auch nach Wochen was das Resultat nicht beeinflusst. Die Sehnen werden nicht genäht, die Zehen in Extension verbunden um die Zehenstümpfe einander zu nähern. Die meisten Kranken können die Zehen gut bewegen, nur bei einem erscheine die 3. und 4. Zehe flectirt, obgleich auch dieser etwas extendiren kann. (Demonstration).

Bruns lobt ebenfalls die Methode, die er schon mehrfach versucht hat.

Heuber (Kiel) hat den Küster'schen Querschuitt vorgezogen.

Zoege Manteuffel (Dorpat). Die vorgestellten Fälle, denen gegenüber jede Kritik verstummen müsse, beweisen ihm dennoch blos, dass jeder auf seine Façon selig werden könne. Anatomisch schonender sei jedenfalls das von Lauenstein empfohlene Verfahren, von einem Längsschnitt aus durch Luxation des Fusses das Gelenk freizulegen. Redner habe nach dieser Methode nicht blos leichtere sondern auch eine Reihe schwerer Fälle operirt und sei überrascht gewesen über die anatomische Leistungsfähigkeit dieser Operation, den weiten freien Einblick im Gelenk bei gleichzeitig geringer Störung des anatomischen Zusammenhanges. Die quere Durchtrennung der Sehnen und die Eröffnung ihrer Fächer sei doch kein ganz gleichgültiger Eingriff wenn auch, wie die demonstrirten Kranken zeigen, das Resultat vortrefflich sein könne.

Rydyger sieht keinen wesentlichen Unterschied zwischen dem Bardenheuer'schen und dem Hueter'schen Schnitt. Er hat ihn mehrfach geübt und war stets damit zufrieden.

Bardenheuer empfiehlt den Lappenschnitt, der viel mehr Einblick gewähre, als alle anderen, den Hueter'schen nicht ausgenommen.

Heidenhain betont ebenfalls den Werth des weit nach vorne reichenden, die Sehnen mit enthaltenden Lappens. Er gewähre ausserordentlich freien Einblick und mache die Sehnennaht unnütz.

5) Petersen (Kiel) Zur Behandlung des typischen Radiusbruches. P. giebt blos eine Mittella, die bis zur Fractur reicht. Die Hand hänge in Ulnovolarflexion über den vorderen Rand des Tuches. Bei der Fractur stelle sich die Hand in dorsoradiale Neigung. Die genannte Stellung arbeite dem entgegen. Selbstredend habe die Reposition der Fractur vorauszugehen. Die Neigung zur Wiederkehr der Dislocation sei gering. Für complicirte Fälle genüge diese Behandlung nicht. Wesentlich sei, 1) dass die Mitella nur bis an die Fractur reiche, dass die Hand vorhänge 2) man könne dann alles übersehen, 3) die venöse Stauung, die stets eintrete, sei der Heilung günstig, ferner seien die Bewegungen der Finger etc. völlig frei. — Demonstration eines jungen Collegen, der so behandelt worden.

Esmarch sah bei keiner Art der Behandlung die Fractur so rasch heilen, wie bei der beschriebenen.

Bardeleben dankt für diese Behandlung. Ja, wenn unsere Patienten alle intelligente, medicinisch gebildete Leute, oder gar Aerzte wären, dann sei das was anderes. Er zweifelt, ob im anderen Fall der Arm in der Mitella liegen bleibe. Die Hauptsache sei stets und immer die sorgfältige Reposition der Fractur, die leider oft versäumt werde.

6) Leser. Zur Behandlung des Genu valgum leichteren Grades. Empfiehlt Correctur mittelst Schraube.

Bardeleben bemerkt, dass schon seit längerer Zeit die parabolische Feder, die früher angewandte Schraube verdrängt habe.

7) C. Lauenstein (Hamburg). Zur Behandlung der Innenrotation bei Pes equino-varus congenitus. Empfiehlt zur Behandlung der Innenrotation der unteren Extremitäten einen Apparat, der die Eigenschwere des Beines zum genannten Zwecke ausnutzt. Princip: Verlegung des Unterstützungspunktes durch eine plantare Schiene hinter den Hacken.

8) Hoffa (Würzburg). Zur pathologischen Anatomie der Skoliosen (mit Demonstration). Nimmt als Ursache der Skoliose abnorme Weichheit des Sceletes an. Wo es auf Druck beansprucht werde, legen sich die Knochen gemäss den statischen Anforderungen (J. Wolff) an. Bei der Torsion finde sich eine Difformität der Wirbel. H. zeigt an einer Reihe sehr instructiver Praeparate, wie die Seitenneigung im Brusttheil um eine schräge Axe gehe, somit die Abschrägung des Wirbelkörpers seitlich und hinten sich finde. Ebenso bestände auf derselben Seite eine Abschrägung des Proc. articularis, so zwar, dass seine Gelenkfläche um eine von oben vorne, innen nach unten hinten aussen gerichtete Axe von den Proc. spin. abgekehrt werde. Die Architectur der Spongiosa des ursprünglichen Wirbels werde nicht alterirt. Die Streifung und Faserung der Oberfläche angelagerter Knochenmassen hänge von der Faserung der anliegenden Ligamente ab, ihre innere Structur von statischen Gesetzen.

Schluss des ersten Sitzungstages.

Herr Koerte ist am Donnerstag 19. April 8½ Uhr Morgens zur Führung durch das städtische Krankenhaus am Urban bereit.

Herr Lassar ladet zum Besuch seiner Dermatologischen Klinik und Sammlung (Karl-Str. Nr. 19) auf Donnerstag 19. April Morgens 8 Uhr ein.

Herr Leop. Landau ladet zum Besuch seiner gynäkologischen Klinik (Philipp-Str. 21) zu Freitag 20. April 8½ Uhr Morgens ein.

(Fortsetzung folgt).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. C. Ewald benutzt seit Jahren als Plessimeter ein Stückchen Radirgummi, wie es in jedem Laden zu erhalten ist; bekanntlich ist das beste Plessimeter dasjenige, welches den geringsten Eigenklang hat, dessalb sind Metallplessimeter nicht rationell, ebenso Horn, Elfenbein und Hartgummiplättchen. Beim Aufschlagen des mit Gummi armirten Percussionshammers auf das Stück Radirgummi tritt kein Eigenklang auf; infolge ihrer Biegsamkeit lässt sich ferner die Gummiplatte allen Unebenheiten des Thorax anpassen, nam. den Intercostalräumen, den Fossis supra- und infraspin. et clavicul; auch bewährt sich die Gummiplatte bei der directen Percussion der Schlüsselbeine. (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 12)

Vermischtes.

— Der Charkower Professor der Chirurgie, Dr. W. Grube welcher sich zu Anfang des April-Monats zur Wiederherstellung seiner Gesundheit von den Folgen der Blutvergiftung ins Ausland begab, ist bereits nach Russland zurückgekehrt. Sein Gesundheitszustand hat sich somit gebessert, dass er in Jalta, wo er sich gegenwärtig aufhält, täglich Kranke empfängt.

— Am 7. Juni beging der ausserordentliche Professor der Syphilidologie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alex. Pospelow, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Zu Ehren des Oberarztes des Modlinschen Infanterie-Regiments, Dr. Woldemar Berg (Odessa), welcher zum Divisionsarz der 15. Infant.-Division ernannt ist, veranstalteten das Offizierscorps des genannten Regiments, sowie die Aerzte des Odessaschen Militärbezirks Festessen. (Dr. Berg ist ein geborener Livländer und hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er im J. 1869 zum Doctor med. promovirt wurde).

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist als Nachfolger des verst. Prof. Dr. Alexander Schmidt auf den Lehrstuhl der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat) der Assistent des Professors Ssetschenow in Moskau, Dr. Popow in Aussicht genommen.

— Für den seit dem Tode Prof. Podwyssotzky's erledigten Lehrstuhl der Physiologie an der Universität Kasan ist, dem «Kasan. Telegraph» zufolge, Dr. M. P. Ssergejew zum Professor ernannt worden.

— Die kaukasische medicinische Gesellschaft hat den armenischen Patriarchen Mkrtitsch I. zum Ehrenmitgliede gewählt. (Nowosti.)

— Allerhöchstes Wohlwollen eröffnet: Dem Oberarzt der weiblichen Abtheilung des St. Petersburger Obuchowhospitals Staatsrath Dr. Kernig; dem stellvertretenden Medicinalinspector des Gouvernements Nishni-Nowgorod, wirkl. Staatsrath Dr. Jerschow und dem Livländischen Gouv.-Medicinalinspector, Dr. Malinin, letzterem für seine Bemühungen bei Bekämpfung der Cholera-Epidemie i. J. 1892.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — der Oberarzt des St. Pet. Obuchowhospitals, Dr. Netschajew; der Chef des Quarantänebezirks in Feodossia, Dr. Hübner und der Gouvernements-Medicinalinspector von Ufa, Dr. Lewberg.

— Verstorben: Am 3. Juni in Berditschew der freipracticirende Arzt aus Kassatin (Gouv. Kiew), Justin Glinka, im 38. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich bei der Be-



handlung einer armen jüdischen Familie zugezogen hatte. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Kiewer Universität, an welcher er im Jahre 1883 den Arztgrad erlangte.

— Der Rudolphiner-Verein in Wien, welcher ein Krankenhaus im Pavillonstyl mit einer Pflegerinnenschule unterhält, hat beschlossen, dem verstorbenen Schöpfer und Förderer des Vereins, Prof. Billroth ein Denkmal im Rudolphinerhause zu errichten.

— Der Berliner Physiologe, Prof. Dr. Gad, welcher im vorigen Herbst an die Universität Cleveland (Ohio) berufen worden war, um dort den Unterricht in der Physiologie nach deutschem Muster einzurichten, ist nach Berlin zurückgekehrt. (A. m. C.-Ztg.)

— Dem Privatdocenten der Pharmakologie an der Berliner Universität, Dr. Louis Lewin, ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Privatdocent der Universität Erlangen, Dr. Gustav Hauser, ist zum ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie und Bakteriologie ernannt worden.

— Als Candidaten für den nach Verabschiedung der Professoren Tarnowski und Polobtebnow vereinigten Lehrstuhl der Syphilidologie und Hautkrankheiten an der militär-medicinischen Academie werden die Professoren Gay (Kasan) und Stukowenkow (Kiew) genannt.

— Der Professor der Universität Tomsk, Dr. Zaleski (Chemiker) ist ins Transbaikalgebiet zur Untersuchung der dortigen Mineralquellen und Moore abcommandirt worden. (Sib. Westnik. — Russ. Med.)

— Wie die «Nowosti» erfahren, hat der Minister der Reichsdomänen angeordnet, den Verkaufspreis für die kaukasischen Mineralwässer, welcher bis jetzt bekanntlich ein recht hoher war, herabzusetzen.

— Durch eine neuerdings im Medicinalressort erlassene Verfügung ist die Einfuhr von Saccharin zu technologischen Zwecken nach Russland verboten. Am meisten soll das Saccharin in den Schnaps- und Liqueurfabriken Verwendung gefunden haben. (R. Sch. — Russ. med.)

— Die Frau des verstorbenen Stadthaupts von Moskau, Barbara Alexejewa hat neuerdings wieder 70,000 Rbl. zur Errichtung einer Ambulanz bei den Universitätskliniken auf dem Jungfernfelde gespendet.

— In Frankreich hat sich ein Comité gebildet, welches den hervorragendsten Neuropathologen Frankreichs, Prof. Charcot, an der Stelle seines langjährigen Wirkens in der Salpetrière ein Denkmal errichten will. Da mit der französischen Nation auch die medicinische Welt aller Culturländer den Tod des als Forscher wie als Arzt ausgezeichneten Mannes betrauert, so ist eine internationale Ehrung des berühmten Gelehrten und Arztes allgemeiner Sympathie begegnet und haben sich in verschiedenen Ländern Comités gebildet, welche die Sammlung von Beiträgen für das Charcot-Denkmal und deren Uebermittelung an das französische Comité zur Aufgabe gestellt haben. Auch in Russland finden solche Sammlungen statt. So hat Prof. J. P. Mierzejewski in der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft 229 R. zu diesem Zweck gesammelt und bereits nach Paris gesandt. Ebenso soll auch von Dr. M. M. Scherschewski hierselbst eine grössere Summe für das Charcot-Denkmal gesammelt sein.

— In Freiburg in B. ist der Privatdocent und I. Assistent Prof. Hegar's, Dr. Ernst Sonntag, welcher durch seine Beiträge zur Lehre vom Bauchschnitt und seine Veröffentlichungen über plastische Operationen in der Frauenheilkunde bekannt geworden ist, zum ausserordentlichen Professor der Gynäkologie ernannt worden.

— Die Zeitschrift für klinische Medicin wurde seit ihrer Begründung von den beiden Directoren der internen Kliniken in Berlin (Prof. Leyden und Prof. Gerhardt) und Wien (Prof. Nothnagel und Prof. Neusser) herausgegeben. Zu diesen sind auch die Directoren der dritten medicinischen Kliniken an den genannten Universitäten (Prof. Senator in Berlin und Prof. v. Schrötter in Wien) als Herausgeber hinzugetreten. (A. m. C.-Ztg.)

— Der preussische Cultusminister hat die vom Berliner Magistrat an ihn gerichtete Petition wegen Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien zum Studium der Medicin abschlägig beschieden.

— In den vereinigten Staaten von Nordamerika ist die Pensionsberechtigung der Sanitätsärzte neuerdings gesetzlich geregelt worden. Die Sanitätsärzte, sowie ihre Gehülfen erhalten bereits nach 20-jährigem Dienst eine Pension; ebenso wird den Familien von Personen, welche bei der Erfüllung von sanitarischen Obliegenheiten gestorben sind, eine Pension gezahlt werden.

— Die bei der Stadtverwaltung von Odessa niedergesetzte Commission behufs Berathung der Angelegenheit der Gründung einer medicinischen Facultät bei der Neurussischen Universität hat vor Kurzem ihre letzte Sitzung in dieser Angelegenheit abgehalten. Die Commission schlägt vor, bei der Regierung um die Anweisung von 2 Millionen Rbl. für die Einrichtung der medicinischen Facultät nachzusuchen, welche Anleihe im Laufe von 5 Jahren zurückgezahlt werden müsste. (Die Stadt hat bekanntlich schon 250,000 Rbl. für diesen Zweck bewilligt.) Es ist erforderlich: Für den Bau der Kliniken 875,000 R.; für den Bau des Anatomicums, des pathologisch-anatomischen Instituts, des chemischen, physikalischen, zoologischen und botanischen Cabinets 750,000 R.; für die erste Einrichtung der klinischen Anstalten, Anschaffung von Lehrmitteln, Instrumenten, Maschinen 375,000 Rbl. Ferner soll um Anweisung von 191,542 R. aus der Stadtcasse zum Unterhalt des Dienstpersonals, zur Beleuchtung, Beheizung und anderen Bedürfnissen petitionirt werden. Die Commission nimmt an, dass die medicinische Facultät im Anfang von 300 Studirenden besucht werden wird, von denen 10,000 Rbl. an Collegiengeldern vereinnahmt werden können.

— In Tiflis wird demnächst eine Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hülfe eröffnet werden.

— Die Verwaltung des hiesigen Bergcorps hat gegen 1000 Werke der Bibliothek der militär-medicinischen Academie als Geschenk dargebracht.

— St. Petersburg wird in den nächsten Jahren ein neues Krankenhaus erhalten und zwar in der Gegend der sogen. «Peski», welche besonders eines solchen bedürftig ist. Das Curatorium der barmherzigen Schwestern des «Rothen Kreuzes» hat nämlich beschlossen, auf einem von der Stadt unentgeltlich hergegebenen, 2000 Quadratfaden grossen Platze bei der Kalaschnikowschen Börse mehrere Gebäude aufzuführen, in welchen folgende Institutionen untergebracht werden sollen: 1) Die Gemeinschaft barmherziger Schwestern der heil. Eugenie; 2) Eine Heilanstalt für unentgeltlich zu behandelnde ambulante Kranke; 3) Eine Apotheke und ein Asyl für alte und dienstunfähige barmherzige Schwestern; 4) Räume für die Vorbereitungscurse der barmherzigen Schwestern; 5) Räumlichkeiten für das Curatorium und dessen Kanzlei; 6) Ein Krankenhaus mit 100 Betten.

— Die Choleraepidemie in Russland breitet sich weiter aus. Zu den bisherigen inficirten Gouvernements sind neuerdings die Gouvernements Grodno und Kurland, sowie die Stadt Kronstadt hinzugekommen. In Grodno sind vom 27. Mai bis 11. Juni 35 Personen an der Cholera erkrankt und 18 gestorben; in Kurland sind vom 5.—11. Mai 4 Cholerafälle, die aus dem benachbarten Kownoschen Gebiet eingeschleppt worden, constatirt, doch sollen später keine weiteren Erkrankungen vorgekommen sein. Der Ober-Medicinalinspector der Flotte hat das Medicinaldepartement benachrichtigt, dass vom 8.—17. Juni im Kronstädter Marinehospital 19 Kranke mit Cholerasymptomen aufgenommen worden sind. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Excremente von 17 dieser Kranken wurden Koch'sche Commabacillen gefunden, deren Reinculturen bei Ueberimpfung auf Meerschweinchen positive Resultate ergaben. Vom 17. auf den 18. Juni erkrankten in Kronstadt 7 weitere Personen und starben 3.

Im Deutschen Reiche sind nach der Mittheilung des deutschen Gesundheitsamtes in der letzten Woche keine Cholerafälle beobachtet worden. Dagegen lauten die Nachrichten über die Cholera in Oesterreich-Ungarn ungünstig, namentlich hat die Seuche in Galizien weiter um sich gegriffen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Juni d. J. 6094 (27 wenig. als in der Vorwoche), darunter 253 Typhus — (15 wen.), 750 Syphilis — (62 mehr), 66 Scharlach — (3 weniger), 26 Diphtherie — (2 wen.), 65 Masern — (32 weniger) und 27 Pockenkranke — (1 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarzt-Stelle im Kreise Gorodischtsche (Gouv. Pensa). Gehalt 1200 R. jährl., Quartiergeld 200 Rbl. und Fahrtengelder 360 R. Wohnsitz im Kirchdorfe Masha. Adresse: «Городищенская Земская Управа».

2) Das Smolenskische Gouvernements-Landschaftsamt sucht Aerzte zu temporärem Dienst behufs Bekämpfung der im Gouvern. herrschenden Epidemien. Die Bedingungen sind an das Landschaftsamt einzusenden.



Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. Juni 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
290	237	527	120	63	89	8	2	17	47	54	37	33	28	20	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 27, Scharlach 7, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 5, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 94, Todtgeborene 21.

Дозв. ценз. Спб. 25 Іюня 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat), **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, 2. (14.) Juli **1894**

Aus Dr. Dsirne's Frauenklinik in Reval.

Drei Fälle von «präparatorischer Abtragung» des myomatösen Uterus nach Fritsch.

Noch heutzutage gilt die Laparo-Myomotomie für eine verhältnissmässig gefährliche Operation, eine Operation, bei welcher wir mit Freuden eine jede Verbesserung der Methode zu begrüssen verpflichtet sind. Eine neue Operationsmethode wird sich aber nur dann das volle Bürgerrecht zu erwerben im Stande sein, wenn sie an einer grossen Zahl von geeigneten Fällen mit bestem Erfolge versucht worden ist. Daher hält es auch jeder Operateur, dem es ernstlich um den Fortschritt der Wissenschaft und das Wohl der kranken Menschheit zu thun ist, für seine unbedingte Pflicht, seine Erfahrungen über ein neues operatives Verfahren zu veröffentlichen.

Die bisher grösstentheils geübte Schröder'sche Methode der Abtragung des myomatösen Uterus hat so manche unleugbare Nachtheile. Vor Allem ist es die sogenannte «Präventivligatur», der Gummischlauch, dessen Anwendung Fritsch sehr treffend als «eine Methode des Urzustandes der gynäkologischen Technik» bezeichnet.

Der Schlauch drückt die Ligamente zusammen und macht dadurch das Operationsfeld absolut unübersichtlich. Natürlich wird dementsprechend auch die Blutstillung eine höchst ungenaue und unsichere sein müssen, während man bei entfalteten breiten Mutterbändern unter Leitung des Auges absolut sicher, bequem und genau vorzugehen im Stande ist.

Dass der Schlauch vom umschnürten Stumpfe abrutschte, ist mehr als einmal passirt. Bei einer derartigen Compression können Arterien leicht übersehen werden, resp. entschlüpfen und bluten nun nach Vollendung der Naht oder Abnahme des Schlauches, wodurch für den Operateur eine wahre Sisyphusarbeit entstehen kann. Auch das reichliche Anlegen von hämostatischen Pincetten, die häufige Anwendung von Tupfern und unzähligen Ligaturen und die dadurch bewirkte Maltraitirung des Peritoneum, sowie geringere Aseptik, der verhältnissmässig bedeutende Blutverlust, die lange Operationsdauer — alles das sind Momente, welche die Prognose entschieden ungünstiger gestalten müssen.

Durch die Trendelenburg'sche Hochlagerung wird uns eine ganze Reihe von Vortheilen geboten, welche die Resultate der Myomotomien ganz bedeutend verbessern. Vorzügliche Entfaltung der Ligamenta lata, Zurücksinken der Därme zum Zwerchfell hin, Vortreten des Tumors und bequeme Zugänglichkeit zum Operationsgebiete für Hand und Auge, — das sind geradezu unschätzbare Vorzüge dieser Lagerung. Da eine so bedeutende Beckenerhöhung, wie sie durch den Trendelenburg'schen Tisch bewirkt wird, für gynäkologische Zwecke unnöthig erscheint, so hat Prof. Fritsch eine ebenso sinnreiche, wie einfache Vorrichtung für eine mässige Hochlagerung erdacht. Es ist das ein sogenannter «Bock», am besten aus Kautschuk gefertigt; durch diesen Apparat wird das Becken um 15 Cm. höher gestellt als Kopf und Füsse. Dieser einfache, leicht zu desinficirende Bock kann auf jeden beliebigen Tisch gestellt werden.

Professor v. Ott in St. Petersburg veröffentlichte 1891 in den Annales de gynécologie ein bedeutend verbessertes, vereinfachtes Operationsverfahren, wobei die sogenannte Präventivligatur, der constringirende Gummischlauch keine Anwendung findet. Nach sorgfältigster Vorbereitung der äussern und innern Genitalien (Auskratzung des Cervicalkanales und des unteren Gebärmutterabschnittes möglichst hohe Verschorfung des Cavum mit dem Platinbrenner, Scheidentamponade mit Jodoformgaze) wird bei Beckenhochlagerung die Bauchhöhle eröffnet. Anlegung Richelot'scher Klemmzangen beiderseits dicht am Uterus, welche die Ligamenta lata möglichst tief nach unten fassen. Nach partienweiser Unterbindung und Durchschneidung der Ligamenta — Abtragung des Uterus in gewünschter Höhe des Collum, sodann ½ bis 1 Cm. unterhalb der Schnittfläche Durchführung, Ligatur rechts und links durch die ganze Dicke des Stumpfes und seitliche Knotung der Fäden. Bei sehr blutreichem Collum legt v. Ott zur Sicherheit noch 2 Ligaturen senkrecht zu den

ersten. Darauf Verschorfung des Cervicalkanales mit dem Platinbrenner und Durchführung eines Jodoformgazestreifens bis in die Scheide vermittelst einer mit einem Oehr versehenen Sonde. Wechsel des Scheidentampons, Versenkung des Stumpfes ohne Uebernähung desselben mit Peritoneum. Entfernung des Jodoformgazestreifens aus dem Cervicalkanal nach 4 bis 5 Tagen. Die in die Augen springenden Vortheile eines derartigen Verfahrens bestehen in Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und dadurch erzielter genauer Unterbindung, in Kürze der Operationsdauer, vorzüglicher Desinfection und guter Drainage. Vor einiger Zeit hatte ich persönlich Gelegenheit einer solchen von Ott selbst ausgeführten Myomoperation beizuwohnen, wobei mir vor Allem die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, der minimale Blutverlust und die Kürze der Operationsdauer imponirten.

In einer 1893 herausgegebenen und in bekannter klarer und überzeugender Weise geschriebenen Monographie (Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891/92) schlägt Prof. Fritsch auf Grund reichster persönlicher Erfahrung eine Methode der Myomoperation vor, welche er sehr treffend «die Methode der präparatorischen Abtragung des Myoms» nennt und jetzt für die vollkommenste hält. Es wird gleichfalls ohne Präventivligatur und mit Beckenhochlagerung operirt, welch' letztere nicht mehr wie 15 Cm. zu betragen braucht. Man drängt den herabgesunkenen Tumor nach einer Seite; das dadurch gespannte Ligamentum latum wird am oberen Rande mit den Gefässen durchstochen und unterbunden. Eine gut haltende Pincette oder die eigens zu dem Zwecke von Fritsch angegebene feste Klemmpincette, deren eine Branche concav, deren andere convex ist, wird dicht am Tumor angelegt. Zwischen dieser Klemmzange und der Ligatur durchschneidet man das Ligament und bringt durch Anziehen der Ligatur die Wunde zum Klaffen. Zur Portio hin fortschreitend durchtrennt und unterbindet man und beherrscht blutende Stellen am Tumor durch Fingerdruck. An der Portio angelangt ist keine starke Blutung mehr zu befürchten. Die Cervicalhöhle wird mit Carbolsäure geätzt.

Der Schnitt im Uterus sei womöglich keilförmig, damit die Wundränder sich besser an einander fügen.

Die nunmehr nur noch am anderen Ligamentum hängende Geschwulst wird, wie oben, entfernt.

Vermittelst dieser einfachen Methode können alle auch noch so schwer zu erreichenden, tief unter dem Bauchfell entwickelten Myome sicher und schnell exstirpirt werden. Die nachbleibende Wunde ist nicht gross, überall findet schnellste und vollkommenste Blutstillung statt. Der Blutverlust ist auf ein Minimum reducirt, die Operationsdauer die denkbar kürzeste, die Därme werden nicht maltraitirt, auch die geringste Quantität Blut vermag durch untergeschobene Schwämme oder Servietten aufgefangen werden, Exsudate kommen nicht vor.

In der angegebenen Weise führt Fritsch auch die Totalexstirpation des myomatösen Uterus aus, wobei er ideale Heilung erzielt.

In der erwähnten Monographie, erzählt uns Fritsch, dass er, in der Absicht die Totalexstirpation der myomatösen Gebärmutter zu machen, nachdem das Organ auf beiden Seiten bis an die portio freigemacht und die Blase abgeschoben war, den Querschnitt, welcher die Scheide durchtrennen sollte zu hoch angelegt hatte und direct in die Portio gerieth. Eine Blutung entstand hierbei nicht, da ja die betreffenden Gefässe bereits abgebunden waren. Er durchschnitt nun einfach die Portio in der Weise, dass er einen dünnen Rest, eine Scheibe, zurückliess, welche kaum dicker war, als die Scheide selbst. Das Peritoneum, welches lose mit dem Blasenüberzug zusammenhing, liess sich bequem nicht nur über den kleinen Portiorest, sondern auch über die seitlichen Stümpfe ziehen und tadellos vereinigen. — In dieser Weise hat Fritsch mehrfach operirt und in allen Fällen ein ideales Operationsresultat erzielt. Entfernung des Uterus ohne Eröffnung der Scheide und retroperitoneale Lagerung des mit Peritoneum überdeckten Stumpfes, das sind die grossen Vorzüge des Verfahrens.

Bewogen durch die glänzenden Erfolge von Fritsch, operirte ich drei Fälle von Uterusmyom nach der beschriebenen Methode. Ich entfernte den myomatösen Uterus und liess als Abschluss des Scheidengewölbes eine dünne Scheibe der Portio, welche mit Bauchfell übernäht wurde, zurück. Ich muss gestehen, dass Alles, was Fritsch über seine Methode sagt, auf das Genaueste mit den Erfahrungen, die ich an den 3 Fällen gemacht, übereinstimmt. — Vorzügliche Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, kein störender Vorfall der Därme, gute Entfaltung der Ligamente, fast blutlose, kurze Operation und vollkommener Abschluss des Bauchraumes durch Uebernähen der Stümpfe mit Peritoneum. — Alle drei Patientinnen, von denen zwei sich in sehr heruntergekommenem, extrem anämischem Zustande befanden, erholten sich sehr rasch nach der Operation. Zwei von Ihnen genasen in kurzer Zeit ohne jegliche Temperatursteigerung, die dritte Frau starb an Ileus, welcher sich am dritten Tage nach der Operation entwickelte und selbstredend nicht der Methode zur Last gelegt werden kann.

Fall I. Anamnese. Erste Menses im 17. Lebensjahre, normal mit normalem Blutverlust dreiwöchentlich von ca. 4-tägiger Dauer. Verheirathet mit 22 Jahren. Erste Niederkunft vor 8 Jahren, wobei bei sonst normaler Geburt manuelle Placentarlösung nöthig war. Eine Woche darnach, angeblich nach Erkältung, starke Schmerzen im Unterleibe, Fieber. Diese Erkrankung dauerte einen Monat. Vor 5 Jahren zweite, leichte, normale Niederkunft, desgleichen die dritte vor 4 Jahren. Von da ab ist keine Schwangerschaft mehr eingetreten. Nach der letzten Geburt wurden die Menses immer schmerzhafter, unregelmässiger und reichlicher. Schon 2 Tage vor ihrem Eintreten sehr starke Schmerzen im Kreuz und in den Hüften, bis in die Oberschenkel ausstrahlend, der Typus wird unregelmässig 2—3 wöchentlich, die Blutung ist sehr reichlich und währt 5—7 Tage. Appetitlosigkeit, Durstgefühl gesteigert, allgemeine Schwäche, Ohrensausen, Schwindel. Seit dem Frühjahr 1893 bemerkte Pat. ein «Stück» im Unterleibe, welches sich ruhig und stetig vergrösserte und bedeutende Beschwerden verursachte — Urindrang, Obstipation, stetige Unterleibsschmerzen. — Vor zwei Monaten verstärkten sich nach einem Sprunge die Schmerzen. Fluor albus. — Letzte Regel am 7. September 1893, sehr schmerzhaft und reichlich von nur 4-tägiger Dauer. Stat. praes. 12. Sept. 1893: Liisa J. aus Reval, eine mittelgrosse, sehr anämische Frau, kräftiger Knochenbau, Fettpolster gut entwickelt. Bei Adspection bemerkt man eine deutliche Vorwölbung des Unterleibes. Bei Betastung fühlt man in der Mittellinie dicht über der Symphyse einen sehr harten etwa mannsfaustgrossen, beweglichen Tumor, welchem beiderseits je ein hühnereigrosser Knollen aufsitzt. Der Tumor selbst nicht sehr empfindlich bei Palpation, desgleichen der Knollen rechts, dagegen der linkseitige sehr schmerzhaft. Labien schwach bläulich verfärbt. Bei der vaginalen Exploration kommt man sofort auf einen glatten, harten, runden, das hintere Scheidengewölbe bedeutend vordrängenden Tumor. Die Portio durch denselben ganz an die Symphyse gedrängt lässt sich etwas mit dem Tumor zusammen bewegen. Derselbe nimmt den ganzen Uterus ein, dessen Höhle bedeutend verlängert (15 Cm.), ganz nach links hin verzogen ist. Die erwähnten Knollen sitzen dem tumorhaltigen Uterus rechts und links auf und letzterer lässt sich, wie bereits bemerkt, sehr wenig und zwar eigentlich nur seitlich dislociren. Die übrigen Organe normal. Ovarien nicht zu finden. — Temp. 36,9. Puls 90. Diagnose: Uterus myomatosus.

Therapie: An den 3 der Operation vorhergehenden Tagen warme Vollbäder (Sodalösung) und gründliche Abseifung des ganzen Körpers mit sap. virid. und 3 mal täglich laue Scheidenausspülungen mit lauer 1 pCt. Lysollösung. Am Tage vor der Operation tüchtige Abführung, darauf 4 Pulver Morph. mur. 0,014, Bismuth subnitr. 0,4 (3-stündlich 1 Pulver), Sublimatcompresse auf den Leib (1 : 1000 aq.).

Laparotomie am 14. Sept. 1893: nach Abrasirung der Schamhaare und gründlicher Ausseifung und Spülung der Scheide mit 2 pCt. Lysollösung wird der Cervicalcanal mit 5 pCt. Carbollösung gesäubert. Chloroformnarkose.

Nochmalige gründliche Abseifung des Abdomens, der Oberschenkel, der Geschlechtstheile und Scheidenausspülung mit 1 pCt. Lysollösung.

Abwaschung des Abdomens mit Sublimatlösung (1:1000) und Abreiben mit Aether. sulfuric., Oberschenkel und Thorax mit warmen Compressen bedeckt.

Beckenhochlagerung. Bauchschnitt 3 Finger breit über der Symphyse beginnend bis 1 Finger breit über den Nabel hinaus. Nach Durchtrennung des Bauchfelles präsentirt sich der Tumor — ein interstitielles Uterusmyom mit 2 aufsitzenden kleinhühnereigrossen Myomknollen. Im Douglas vielfache Verwachsungen, desgleichen auf der rechten Seite, wo das Ligamentum latum sehr straff und kurz ist. Das rechte vergrösserte cystisch degenerirte Ovarium liegt hinter dem Uterus am Kreuzbein, das linke wenig vergrösserte, ebenfalls cystisch degenerirte dicht au den Tumor angeheftet. «Präparatorische Abtragung des Myoms» nach Fritsch. In Ermangelung einer Fritsch'schen Klemmzange wird links dicht am Uterus wie auch lateral das Ligament nebst Ovarium unterbunden. Schneidend und unterbindend gelangt man bis an das Scheidengewölbe. Am Tumor wird nicht unterbunden, sondern die Blutung nur durch Fingerdruck beherrscht. Das Gleiche auf der andern Seite, wo vielfache Adhäsionen im Douglas und mit dem Darme gelöst werden müssen. Die Ovarien werden mit entfernt. Schliesslich hängt der Tumor nur noch am Cervix. Quere Durchschneidung des Peritoneum über der Blase, stumpfes Abschieben derselben, quere Durchtrennung der Portio. Der Cervicalcanal mit Carbolsäure geätzt. Dieser scheibenförmige dünne Rest der Portio wird mit Peritoneum übernäht. Blutung minim. Operation incl. Vorbereitung zu derselben 1 Stunde.

Patientin erholt sich sehr bald nach der Operation, fühlt keinerlei Schmerzen. In den ersten 2 Tagen Urinentleerung durch den Katheter, später spontan ohne Schwierigkeit. Winde schon am Abend des Operationstages.

Am 5. Tage p. o. schmerzloser Stuhl nach Application eines Glycerin-Wasser-Klysma.

Am 23. Sept. Verbandwechsel; bis auf eine kleine Stelle im unteren Wundwinkel, welche oberflächlich noch offen ist, die ganze Wunde gut verheilt. Spontaner Stuhl jeden zweiten Tag.

26. September Nähte entfernt, vollkommene Verheilung.

10. October verlässt Patientin das Bett und wird am 15. Oct. 1893 blühend und kräftig entlassen. Die Frau hat sich bisher auf meinen Wunsch 4 mal vorgestellt. Sie fühlt sich vollkommen wohl, leistet schwere Arbeit und giebt auf mein directes Befragen an, sogar Geschlechtstrieb zu haben.

Fall II. Anamnese: Pat. hat kein Mal geboren. Erste Menses im 12. Lebensjahre. Die Regel bis vor 3 Jahren normal, dreiwöchentlich, 4–5 Tage. Vor drei Jahren profuser und häufiger — zweiwöchentlich 1–2 Wochen, sehr starker Blutabgang und unerträgliche Kreuzschmerzen, Harndrang, häufiges Uriniren, Obstipation. Seit 3 Jahren auch der Tumor wahrgenommen, zuerst faustgross, sich stetig vergrössernd und bei fast jeder Körperbewegung hin und herpendelnd, wodurch Beschwerden noch gesteigert. Seit 1½ Jahren ununterbrochene Blutung aus den Geschlechtstheilen, wodurch Patientin vollständig kraftlos wurde. Ohrensausen, schwarze Punkte vor den Augen. Schwindel.

Stat. praes. 18. October 1894. Tina R. 43 a. n. Dienstmagd aus Reval. Mittelgross, wachsbleich, sichtbare Schleimhäute fast weiss, Fettpolster stark entwickelt. Insufficienz und Stenose der Mitralklappe, Urin normal, Lungen gesund. Unterleib sehr bedeutend vorgewölbt durch eine etwa kindskopfgrosse Geschwulst, welche sich recht hart anfühlt und der rechts und links apfelgrosse feste Knollen aufsitzen. Dieser Tumor nach allen Richtungen hin ziemlich ausgiebig beweglich, nur nach oben sehr wenig dislocirbar. Aeussere Geschlechtstheile sehr blass, deutliche Hymenreste.

Bei der vaginalen Untersuchung kommt man sofort auf eine harte Vorwölbung, das hinteren Scheidengewölbes besonders stark vorgetrieben, das vordere weniger. Portio sehr hart, etwas vergrössert. Auch durch bimanuelle Palpation deutlich der den Uterus einnehmende harte knollige Tumor festzustellen. Uterushöhle bedeutend verlängert (14 Cm.) nach links verlagert. Vermittelst des Schultze'schen Verfahrens ergiebt sich gleichfalls eine sehr geringe Beweglichkeit des Tumors nach oben, eine recht ausgiebige nach den Seiten. Dabei folgt die Portio sämmtlichen Dislocationen des Tumors. Ovarien nicht zu palpiren. Auch pr. rectum stösst man auf diesen festen, den Douglas vorwölbenden Tumor.

Diagnose: Uterus myomatosus

Therapie: 20. October 1893 Vorbereitung und Operation genau wie in Fall I. Operationsdauer incl. Narkose und Verband 1 Stunde, trotzdem Verwachsungen mit Dünndarmschlingen bestehen. Vor der Laparotomie Temp. 37,0 Puls 90.

20. October. Pat. erbricht nicht, fühlt sich nicht sehr matt, hat keine Schmerzen. T. 36.8. Puls 76.

21. October. Schlaf unruhig, der durch den Katheter entleerte Urin vollkommen klar, Appetit vorhanden, T. u. P. normal, schwache Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes. Abgang von Blutungen.

22. Oct. Schlaf gut, desgl. Appetit. keine Schmerzen, urinirt spontan. T. u. P. normal.

21.–24. Oct. Stat. idem.

25. Oct. Stuhl auf Ol. Ricini ohne Schmerzen.

26.—31. Oct. Alles gut.

2. November. Verbandwechsel, Nähte entfernt, Heilung pr. primam.

4. Nov. Stuhl auf Ol. Ricini reichlich, leichtes Erbrechen, Mattigkeit, jedoch keinerlei Schmerzen, Oeffnen des Verbandes. — Der untere Wundwinkel in einer Ausdehnung von ca. 4 Cm. aufgeplatzt und aus demselben eine Dünndarmschlinge hervorgetreten. Sanftes Abtupfen derselben und der Umgebung mit warmem sterilisirtem Wasser; Reposition der Schlinge und Schluss der Wunde nach Anfrischung ihrer Ränder. Fester Heftpflasterverband. T. u. P. normal.

5.—20. Nov. Wohlbefinden, keine Schmerzen, guter Appetit. 4 Stühle auf Plv. rad. rhei, Puls und Temperatur vollkommen normal.

21. Nov. Nähte entfernt; bis auf die Oberhaut, welche sich noch nicht vereinigt, Verheilung.

21.—30. November. Wunde granulirt sehr stark, wird mit Lapis gebeizt.

1.—3. Dec. Spontane Stühle, Pat. verlässt das Bett und geht ohne Beschwerden.

4. Dec. Auf eigenen Wunsch mit gut granulirender Wunde entlassen.

Die Wundheilung geht zu Hause gut, wenn auch etwas langsam, von statten.

Fall III. Erste Regel im 19. Lebensjahre, dreiwöchentlich 6 Tage ohne jegliche Beschwerden. Verheirathet, hat nicht geboren.

Seit 19 Jahren jedoch Schmerzen während der Menstruation im Kreuz und Unterleib. Seit einem Jahre Menses ungemein reichlich, häufig, und sehr schmerzhaft. 2 wöchentl. 7 Tage. Vor einem Jahre auch eine Geschwulst im Leibe wahrgenommen, welche sich rasch und unter stetig zunehmenden Schmerzen im Kreuz und den Oberschenkeln vergrössert. Seit etwa ¾ Jahren häufiger Harndrang und extreme Obstipation.

Stat. praesens. 1. Dec. Anna O. 40 a. n. Dienstmagd aus Reval, ziemlich gut genährte, etwas blasse Person von kleiner Statur und mässig entwickeltem Fettpolster. Kuglige Vorwölbung des Unterleibes durch einen allseitig mässig beweglichen, nicht sehr harten, unebenen Tumor. Obere Tumorgrenze 3 Finger breit über dem Nabel. Tumor rechts gelagert und mit der ganzen rechten Uteruskante und dem Fundus in Zusammenhang; links mit der unteren Hälfte der linken Uteruskante verbunden, findet sich ein zweiter, ziemlich weicher, etwa kindsfaustgrosser Tumor. Bei dem Schultze'schen Verfahren überträgt sich die passive Bewegung der Tumoren auch auf den Uterus, d. h. die angehakte Portio folgt jeder Bewegung der Geschwulst. Beide Ovarien palpabel und nicht vergrössert. Uteruscavum nach rechts verzogen und bedeutend verlängert, 17 Cm. Die Beweglichkeit der Tumoren nicht sehr ausgiebig.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Therapie: 3. December, nach der üblichen Vorbereitung, wie bei Fall I. u. II., unter Chloroformnarkose Bauchschnitt; — derselbe beginnt 3 Finger breit über der Symphyse u. reicht etwa 2 Fingerbreit über den Nabel hinaus. Der grosse rechtsseitige Tumor ein Myom, sehr blutreich, ziemlich weich, Mobilität mässig wegen mehrfacher Adhäsionen mit der Bauchwand und 2 Partien des Dünndarmes. Der 2. Tumor ebenfalls ein Myom, und zwar ein sehr weiches.

Der myomatöse Uterus nach links geschoben, das gespannte, sehr bedeutend verkürzte Ligam. lat. dextr. wird so durchstochen, dass der obere Rand mit den Gefässen gefasst und unterbunden wird. Eine Klemmzange fasst das Lig. dicht am Tumor. Zwischen Ligatur und Zange wird durchschnitten, die gefundenen Adhäsionen theils stumpf gelöst, theils mit dem Platinbrenner durchgebrannt, theils unterbunden und durchtrennt. Auf diese Weise wird der Tumor etwas mobiler. Durch Ziehen an der peripheren Ligatur-Schnittwunde zum Klaffen gebracht. Nun wird weiter nach unten präparirt, wie in den beiden ersten Fällen. Erschwert ist das Vorgehen durch die bedeutende Verkürzung des lig. latum. Dicht an der Portio angelangt, der Tumor auf die andere Seite hinübergeschoben. Bis zur halben Höhe des Uterus geht das Präpariren leicht und schnell von statten, man stösst auf das zweite telangiectatische Myom, welches mit seiner ganzen Umgebung verwachsen ist. Unterbindend, brennend, stumpf lösend, gelingt es unter minimalem Blutverlust dennoch, und zwar unter stetiger Leitung des Auges, sich bis an die Portio heranzuarbeiten. Nach einem Querschnitte vorne durch das Periton. wird die Blase abgeschoben und der Cervix in seinem mittleren Drittel quer durchtrennt, Cervicalhöhle mit acid. carbol. liquid. geätzt. Wundränder des Stumpfes mit Seide vernäht, das Peritoneum über den Stümpfen durch feine Seidennähte vereinigt. Isolirt versenkte Naht des Bauchfelles und der Muskelschicht, darauf starke, sämmtliche Schichten durchgreifende Nähte, schliesslich noch oberflächl. feinere Bauchnähte.

Temp. ante operat. 37,1, Puls 58. Nach dem Erwachen aus der Narkose erbricht Pat. nicht, fühlt nur wenig Schmerzen im Leibe und klagt nur über Stiche auf der linken Thoraxseite. Abendtemperatur 37,5, Puls 94. Geniesst Wein.

4. Dec. Morg. T. 37,0, P. 80. Wohlbefinden, keine Schmerzen, Appetit, jedoch noch keine Blähungen abgegangen. Abend T. 37,3 Puls 88. Auch auf Klystier keine Winde.

5. Dec. Morg. T. 36,8, Puls 80. Schlechter Schlaf, keine Schmerzen, Gefühl von Völle im Leibe, leichtes Aufstossen. Keine Blähungen trotz mehrfacher hoher Mastdarmeingiessungen (Wasser mit Glycerin). Magenausspülung bringt Erleichterung. Abend T. 38,9, P. 90.

Es bildet sich Ileus aus, welcher trotz aller erdenklichen Maassnahmen unter stets abnehmender Temp. und immer schwächer werdendem Pulse zum Tode führt (6. Dec.)

Alle drei Operationen konnten unter sicherer Leitung des Auges mit geringem Blutverluste rasch ausgeführt werden und kann, wie schon bemerkt, der tödtliche Ausgang in Fall III nicht der Methode in die Schuhe geschoben werden. In allen drei Fällen ist unter strenger Asepsis operirt worden — sämmtliche Instrumente, Schürzen, Schwämme etc. waren sterilisirt und kam auch nur sterilisirtes Wasser zur Anwendung.

So viel ich weiss, ist bisher in Russland noch nicht nach Fritsch's Methode der «präparatorischen Abtragung» der myomatöse Uterus entfernt worden. Aus den bereits angeführten Gründen kann ich diese Methode auf das Wärmste empfehlen.

Der Menstruationszustand und die Menstruationspsychosen.

Von

Prof. P. J. Kowalewski.

(Charkow.)

(Fortsetzung).

Das Verhältniss des Menstruationen zu den Geisteskrankheiten kann folgendes sein: 1) die Menstruationen treten im Laufe einer bereits bestehenden Geistesstörung ein, 2) Die Menstruationen und ihre krankhaften Abweichungen fördern das Auftreten von Psychosen, die sich im latenten Zustande befinden und führen selbst zu Psychosen, wenn seitens des Organismus Prädisposition vorhanden ist.

1) Der Einfluss der Menstruation auf bereits bestehende Psychosen. Man beobachtet oft, dass Melancholie, Manie, Amentia u. a. einen oder mehrere Monate dem Aufhören der Menstruationen vorangehen. Ebenso fehlt die Menstruation im Verlauf der ganzen Krankheit, beim Auftreten der Menstruation jedoch wird eine plötzliche Besserung der Krankheit und endlich völlige Heilung beobachtet. Hieraus wird der Schluss gezogen, dass die Ursache für die betr. Krankheiten in dem Aufhören der Menstruation lag und die Genesung mit ihrem Wiedererscheinen auftrat. Eine solche Deutung ist völlig unrichtig. In allen diesen Fällen wird sowohl die Psychose als auch die Abweichung in der Menstruation durch dieselben Ursachen bedingt. Die verstärkte Einwirkung dieser Ursachen fördert sowohl das Aufhören der Menstruation, als auch die Entwickelung einer Psychose; die Beseitigung der krankheiterzeugenden Ursachen fördert sowohl das Eintreten der Menstruation, als auch die Beseitigung der Geisteskrankheit. Auf diese Weise wird die den Menses zugeschriebene ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Psychosen in vielen Fällen in der That nicht gerechtfertigt und noch weniger rechtfertigen sich die Maassregeln, die behufs Hervorrufung der Menstruation angeordnet werden, wo man eben dadurch eine Beseitigung der Psychose im Auge hat. Diese Maassnahmen erzielen weitaus in den meisten Fällen gerade die entgegengesetzte Wirkung.

Wenn im Verlauf der Psychose Menstruationen auftreten, so bleiben sie in einer sehr grossen Zahl von Fällen nicht ohne Wirkung auf den Verlauf der Psychose. Die ersten Untersuchungen in dieser Richtung wurden von Brierre de Boismont[10]) gemacht, welcher fand, dass bei geisteskranken Frauen während der Menstruationsperiode eine Verstärkung der Geistesstörung bemerkbar ist. Schlager[11]) fand, dass der Menstrualzustand in 33 pCt. auf die vorhandene Geisteskrankheit ungünstig wirkte, indem er eine Verstärkung der Erregbarkeit und der Reizbarkeit hervorrief, in den übrigen Fällen aber blieb diese Periode ohne Einfluss auf den Verlauf der gewöhnlichen chronischen Psychose. Die epileptischen Anfälle wurden dabei gewöhnlich häufiger; die chronische Melancholie verstärkte sich bedeutend, wobei sich Neigung zum Selbstmord äusserte. Schröder[12]) fand bei chronischen Formen von Melancholie das Erscheinen einer unsäglichen Traurigkeit verbunden mit Selbstmordversuchen; bei chronischen maniakalischen Formen wurde eine Verstärkung der Erregung beobachtet. Ganz Aehnliches beobachteten Krafft-Ebing[13]) Danillo[14]) u. A.

Nach Algeri[15]) verstärkt die Menstruation ganz bedeutend die cerebralen Symptome im Verlauf geistiger Störungen. Etwas milder verhält sich zu dieser Frage Marcé[16]). Seiner Ansicht nach erwiesen die zur Zeit der Psychose eintretenden Menstruationen thatsächlich eine starke Einwirkung auf die Krankheit, die in einigen Fällen das Bild der Geisteskrankheit verschlimmert, in anderen jedoch bessert. Ich persönlich kann diese Ansicht Marcé's völlig bestätigen: in einigen Fällen, den meisten, namentlich in Zuständen psychischer und physischer Depression, verschlimmerte sich der Zustand der Kranken zur Zeit der Menstruationen erheblich, — in anderen Fällen, namentlich maniakalischer Erregung, verbesserte sich der Zustand der Kranken erheblich. Die Untersuchungen Schaefers[17]) haben gezeigt, dass Fälle mittlerer und schwerer Melancholie fast immer mit Amenorrhoe verlaufen, welche mit Besserung der Psychose verschwindet. In Fällen schwach ausgeprägter Manie verlaufen die Menstruationen mehr oder weniger regelmässig. In Fällen mittelmässig oder stark ausgeprägter Manie wird der Verlauf der Menstruation gestört und in den meisten Fällen fehlen sie. In sechs Fällen circulären Wahnsinns trat in den Perioden der Niedergeschlagenheit Amenorrhoe ein, — während der Perioden der Erregtheit aber verliefen die Menstruationen regelrecht. Von 15 Fällen primären Stupors, Stupors durch Entkräftung, und primären heilbaren Schwachsinnes, verliefen 13 Fälle ohne Menstruation, wobei in 10 von ihnen während der Periode der Genesung die Menstruationen wiederkehrten. Acute Psychosen wurden von einem unregelmässigen Verlauf der Menstruation begleitet. Wenn affective Störungen zum zweiten Mal auftraten, so wurden auch dabei Depressionszustände von Amenorrhoe begleitet, die beim Beginn der Genesung oder beim Uebergang der Krankheit in ein chronisches Stadium verschwand; in Fällen secundärer Excitation schwachen und mittleren Grades verläuft die Menstruation regelmässig, — in Fällen sehr starker Excitation jedoch fehlt die Menstruation. In Fällen chronischer, sich durch Störung der Denkthätigkeit äussernder Psychosen verläuft die Menstruation regelmässig. Fälle

[10]) Brierre de Boismont. Traité de la menstruation.

[11]) Schlager. Die Bedeutung des Menstrualprocesses und seiner Anomalien für Entwickelung und den Verlauf der psychischen Störungen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1858.

[12]) Schröder. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, B. XXX.

[13]) Krafft-Ebing. Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation. Archiv für Psychiatrie, B VIII.

[14]) Даниллo. Къ вопросу о значенiи менструальнаго перiода при душевн. бол. 1881.

[15]) Algeri. Le frenopati in rapporto alla menstruazione, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 5.

[16]) Marcé. Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 143.

[17]) Schäfer. Beziehungen zwischen Menstruationsprocessen und Psychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1893.



acuter Affection der Denksphäre werden von Störungen der Menstruationen entsprechend der dabei eintretenden Spannung und dem Charakter des affectiven Zustandes begleitet. In Fällen von Dementia paralytica im Anfangsstadium verliefen die Menstruationen regelmässig, auf dem Höhepunkt der Krankheit hörten sie auf. Diese von Schaefer auf Grund von 450 Fällen eigener Beobachtung gelieferten Angaben bestätigen im Allgemeinen fast völlig meine persönlichen Beobachtungen

Fast in allen diesen Fällen gingen Abweichungen im Verlauf der Menstruationen fast parallel mit den Abweichungen der psychischen Thätigkeit. Eine solche Coincidenz der menstrualen und psychischen Störungen lehrt uns erstens, dass Anomalien im Verlauf der Menstruation in allen diesen Fällen nicht die Ursache sind für die Psychose; zweitens, dass menstruale und psychische Anomalien offenbar durch eine gemeinsame Ursache bedingt werden; drittens, dass diese Ursache am nächsten in der allgemeinen Erschöpfung liegt, und viertens, dass ein anomaler Zustand des Hirns bis zu einem gewissen Grade als eine derartige allgemeine Ursache gelten kann,

[illegible]

leicht Anfälle von Präcordialangst, pathologische Affecte, Raptus melancholicus, Epilepsie in ihren verschiedenen Abarten, impulsive Erscheinungen in Form von Kleptomanie, Dipsomanie, Kindsmord, Mord u a.

In diesen Fällen bewirkt der Menstrualzustand an und für sich keine Geisteserkrankung, sondern erscheint nur als ein neues causales Moment zur Verstärkung des bereits früher vorhandenen anomalen Zustandes; andererseits sind die Menstruationen auch kein indifferenter Zustand, sondern ein Factor, der eine mehr oder weniger ernste psychische Abnormität bedingt. Wenn der pathologische Boden nicht wäre, so würde die Menstrualperiode Traurigkeit und Depression hervorrufen, nicht aber das Weib bis zur Anxietas praecordialis bringen, Gereiztheit und Heftigkeit, aber nicht einen pathologischen Affect bedingen, einen gewissen Mangel an Energie — aber nicht schwere Trunksucht.

Freilich kann diese acut sich entwickelnde psychische Abnormität in eine chronische übergehen, für solche Fälle existiren aber ausser den Menstruationen auch noch andere pathogene Ursachen. Alle diese krankhaften Aeusserungen des Geisteszustandes des Weibes, die unter der Einwirkung der Menstruation eintreten, haben aber eine ungemein wichtige Bedeutung für das Leben. Sie verursachen oft Störungen des täglichen Lebens und sind nicht selten Gegenstand gerichtlich psychiatrischer Untersuchung, infolge der in solchen Augenblicken begangenen Verbrechen. Die letzteren können von sehr verschiedener Art sein: Morde, Kindsmorde, Brandstiftungen, Diebstähle u. s. w.

Wenn wir die Casuistik betrachten, so finden wir die verschiedenartigsten Combinationen pathologischer Geisteszustände und wesentlicher Störungen, aber auch sehr verschiedenartige Eigenschaften der Verbrechen.

Krafft[18]) theilt einen Fall von Gattenmord zur Zeit der Menstruation durch ein physisch und geistig unentwickeltes Weib mit. Westphal[19]) beschreibt einen Fall von Kindsmord im Zustande des Raptus melancholicus während melancholischer Depression zur Zeit der Menstruation, wobei jedoch die Menstruation nicht eintrat. Tuke[20]) theilt einen Fall von Tochtermord im Zustande alkoholischen Excesses zur Zeit der Menstruation mit, wobei die Sache noch durch einen pathologischen Affect complicirt wurde. Pelmann[21]) beschreibt einen Fall, wo ein Mädchen von 17 Jahren zur Zeit der Menses eine ganze Reihe Brandstiftungen ins Werk setzte, wobei späterhin sich bei ihr vollständige Melancholie mit Selbstmordversuchen entwickelte. Mabille[22]) theilt einen Fall mit, wo eine Kranke, die erblich schwer belastet war, an Hysteroneurasthenie und während der Menstruation an impulsiver Kleptomanie litt, wobei nach Ablauf der Periode Amnesie des Begangenen eintrat. Philoindicus[23]) beschreibt eine Kranke mit starker neuropathischer Belastung, welche sich zur [illegible]

und ge-
en bei ihr
e während
Freundin,
che Weise
Fall mit,
, in deren
ntastische
hrend der

dem sich
paranoi-
t der Men-
es» unter-

lem Boden
während
derselben
nen Hause

sychische
der Men-
die Men-
hierzu ein
g. Wäre
e anoma-
Form geäussert. Die Menstruationen waren im gegebenen Falle der letzte Tropfen, der den vollen Becher überlaufen machte.

3) Es bleibt uns noch eine dritte Beziehung des Menstrualzustandes zu den Psychosen — wo die Menstruationen mehr oder weniger die hauptsächliche die Psychose hervorrufende Ursache sind. Clouston[27]) sagt: «abgesehen von dem allgemeinen Einfluss, den die Störung oder das Ausbleiben der Menstruation auf alle Arten von Geisteskrankheiten ausübt, ist ihre Unregelmässigkeit an und für sich zuweilen die erzeugende oder praedisponirende Ursache des Irrsinnes». Diese Fälle, in denen der Menstrualzustand eine so wesentliche Bedeutung hat, können mit um so grösserem Recht zu den sogenannten

[18]) Krafft. Gattenmord zur Zeit der Menses. Jahrb. für Psychiatrie B. X, H. 2—3.

[19]) Westphal. Charité Annalen B. III.

[20]) Tuke. Journal of mental science.

[21]) Pelmann. Vierteljahrschrift für gerichtl. und öffentl. Medicin. 1887.

[22]) Mabille. Archives de Neurologie, 1889.

[23]) Philoindicus. The Journal of mental science, 1882.

[24]) Girand. L'affaire Lombardi, Annal. medico-psych. 1887.

[25]) Krafft-Ebing. Mord, Schwachsinn, Menstrualisch. period. Irresein, Friedreichs Blätter, 1889, 5.

[26]) П. И. Ковалевскій. Судебно-психіатрическіе анализы т. I. с. 40.

[27]) Clouston. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ, пер. М. И. Сабашникова, 1885, с. 511.

«Menstrualpsychosen» gerechnet werden. Auf diese Weise kann unter dem Namen «Menstrualpsychosen» ein solcher krankhafter Geisteszustand begriffen werden, welcher bei der seitens des Centralnervensystems vorhandenen Praedisposition, erblichen oder erworbenen Charakters, den Impuls zu seiner Aeusserung in den Menstrualveränderungen des Organismus (normalen oder anormalen Charakters) erhält, vor, während oder am Ende der Menstrualperiode auftritt, und in den meisten Fällen an sich den Charakter der Periodicität und kurzer Dauer trägt. Bartel[28]), Hugo Müller[29]). Krafft-Ebing[30]) und alle übrigen Autoren, welche die Menstrualpsychose beschrieben haben, sprechen die Ansicht aus, dass in allen Fällen die Kranken erbliche Prädisposition, eine gewisse abnorme Constitution des Organismus und sogar offenbare Spuren von Entartung gezeigt hätten. Müller nimmt an, dass bei solchen Personen gewöhnlich neben Erblichkeit und persönlicher Praedisposition noch Chlorose vorhanden ist. Diese Chlorose ist gewöhnlich gleichfalls ein Ausdruck der erblichen Belastung, dient aber nichtsdestoweniger als die hauptsächliche Ursache, die Menstrualstörungen verursachen kann, welche bei gleichzeitigem Vorhandensein nervöser erblicher Disposition eine Psychose hervorzurufen im Stande sind.

Diese Menstrualpsychose hat kein eigenes klinisches Bild und erscheint von diesem Standpunkte aus nicht als Psychose sui generis, wie z. B. epileptisches, hysterisches Irresein u. s. w. Das klinische Bild der Krankheit kann ein sehr verschiedenartiges sein.

Dem Eintreten der Menstrualpsychose müssen vorangehen: pathologische Vererbung, angeborene Abnormität des Centralnervensystems, zufällige schwere nervöse und physische Erkrankungen, acute Erschöpfung des Organismus, schwere seelische Erschütterungen, zahlreiche nicht immer glückliche und von reichlichen Blutverlusten begleitete Geburten, Säugen der Kinder bei fortgesetzter Arbeit und unzureichender Nahrung, Krankheiten des Geschlechtsapparates, übermässige, krankhafte, unzureichende und fehlende Menstruationen, plötzliches Aufhören der Menstruationen u. s. w. Besonders wichtig in dieser Hinsicht ist der Umstand, dass zwischen dem Auftreten der Psychose und dem Menstrualzustande fast stets augenscheinliche Wechselbeziehungen bestehen. Die Psychose tritt ein vor der Menstruation, wird bei Eintritt derselben schwächer oder geht gänzlich vorüber. Die Psychose beginnt im Verlauf der Menstruation und hört mit dem Schwinden derselben auf. Die Psychose erscheint am Ende der Menstrualperiode und vergeht schnell. Die Psychose tritt statt der Menstruation ein (bei Amenorrhoe), wiederholt sich einige Male nach gewissen Zwischenräumen und zwar statt der Menstruationen und hört bei Rückkehr von verhaltenen Menstruationen gänzlich auf.

Besonders oft tritt die Menstrualpsychose gerade in Fällen von Amenorrhoe ein. Aber allen diesen Fällen von Psychosen müssen schwerwiegende Veränderungen im Centralnervensystem erblichen oder erworbenen Charakters zu Grunde liegen.

Die am häufigsten in der Gestalt von Menstrualpsychosen vorkommenden Geistesstörungen sind: Melancholie, Manie, Amentia und impulsive Psychosen in Form von Dipsomanie, Pyromanie und anderen Erscheinungen unbezwinglichen Dranges und Gewaltthätigkeit. In einer ungeheuern Mehrzahl von Fällen sind diese Psychosen von sehr kurzer Dauer und recidivirend. Sie dauern einige Tage, eine, zwei Wochen. In dieser Form tritt am häufigsten acute Amentia auf, es kann aber auch Melancholie und Manie auftreten. In seltenen Fällen tritt circuläre Psychose ein, wobei ihre einzelnen Glieder entweder mit den auf einander folgenden Perioden der Menstruation zusammenfallen oder aber auf die Menstrualperioden fällt ein melancholisches Glied des circulären Irreseins und das maniakalische in die Periode zwischen ihnen. Wenn die Menstrualpsychose sich in die Länge zieht, so wird sie in den meisten Fällen von Erscheinungen der Amenorrhoe begleitet und jedes Mal, wenn Menstruationen eintreten mussten, erhält man acute Exacerbation der Krankheitserscheinungen mit bedeutenden Remissionen in den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen. Im Verlauf einer solchen Psychose kann eine offenbare, den Perioden des Menstrualzustandes entsprechende Periodicität beobachtet werden.

Die Anzahl der Anfälle einer Menstrualpsychose kann verschieden sein: es kann nur ein Anfall, zwei und sehr viele Anfälle sein. Ball[31]) theilt einen Fall mit, wo eine Frau wegen Sohnesmord vor Gericht war. Sie erklärte, dass dieses Verbrechen von ihr in der Menstrualperiode begangen sei, wo sie beständig an Anfällen acuter Geisteskrankheit leide. Die Beobachtung zeigte, dass sie vollkommen im Recht war, und dass der Mord kein Verbrechen, sondern ein Unglück war.

In denjenigen Fällen, wo die Menstrualpsychose nur einmal eintrat, waren die Bedingungen für die Erscheinung der Psychose immer etwas complicirter: gewöhnlich fand kurze Zeit vor Eintritt der Menstruation oder zur Zeit der Menstruation, zur Zeit einer ausgebliebenen Periode, irgend ein stark erschütterndes Ereigniss angenehmer oder unangenehmer Art statt. Nicht selten hörte dann die Blutabsonderung mit einem Male auf und die Kranke gerieth in Stupor oder in schreckliche Raserei.

Wie auch die Menstrualpsychose auftreten möge, sei es in Form von Melancholie. Manie, Amentia und dergleichen, gelingt es doch nicht selten, einige Besonderheiten zu entdecken, welche mehr oder weniger auf das Specifische ihrer Entstehung hinweisen. Die Psychose trägt den Charakter der Periodicität, die Anfälle sind fast bis in die Details einander ähnlich, oft wird das Bewusstsein dabei nur wenig gestört, obgleich die Persönlichkeit sich stark verändert; in den Handlungen, in der Rede ist Cynismus, Obscönität und Mangel an Anstand bemerkbar. Diese Züge sind nicht specifisch für die Menstrualpsychose, sprechen aber doch für ihre Grundlage — pathologische Vererbung und Entartung, beide verbunden mit einem gewissen Impulse.

Eine sehr gefährliche Eigenthümlichkeit der Menstrualpsychose besteht nach Krafft-Ebing darin, dass der einmal eingetretene krankhafte Process der Menstruation schon an und für sich hinreichender Grund für das Eintreten eines neuen Psychosenanfalls ist, da die sich constant entwickelnde functionelle Veränderung im Gehirn der epileptischen völlig ähnlich erscheint.

Der Zusammenhang eines derartigen Irreseins mit Menstrualzuständen äussert sich auch darin, dass bei Eintritt von Menstruationen, wenn letztere ausgeblieben waren, die Psychose mit einem Male aufhört.

Wenn das menstruale Irresein sich mehrmals wiederholt, so verliert es allmählich die Acuität seiner Erscheinung, wird langwieriger, seine hellen Zwischenräume werden weniger deutlich und kürzer, und mit der Zeit kann ein solcher krankhafter Zustand in Schwachsinn übergehen. Alle diese Eigenschaften sind nicht der Menstrualpsychose eigenthümlich, sondern kommen allen periodischen Psychosen zu.

Ein ziemlich typischer Fall von menstrualer Psychose wird von Kirn[32]) angeführt.

[28]) Bartel. Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, Centralblatt für Nervenheilkunde, 1887.

[29]) Hugo Müller. Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, 1889.

[30]) Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl.

[31]) Ball. Leçons sur les maladies mentales, 1890, p. 700.

[32]) Kirn. Die periodischen Psychosen, 104.



Ich führe folgenden Fall von menstrualem Irresein aus meiner Praxis an:

A. 20 Jahre alt, ledig, Tochter eines Professors, wohlerzogen und gebildet. Ihr Vater war ein sehr nervöser Mensch, die Mutter leidet an einem Herzfehler; sowohl in der väterlichen Linie als auch in der mütterlichen eine hinreichende Anzahl von Nerven- und Geisteskranken. In der Kindheit litt A. an Krämpfen, welche vom zweiten Jahre an aufhörten. Ueberhaupt war sie ein kränkliches und schwächliches Mädchen, litt aber an nichts Besonderem. Im 14. Jahre trat die erste Menstruation ein. An diesem Tage trat bei ihr plötzlich ein Angstanfall ein. A. konnte sich positiv keine Rechenschaft geben, woher und weshalb diese Angst. Sie fand nirgends Ruhe, weinte, schluchzte, betete und fand keinen Trost im Gebet. Am schrecklichsten aber waren die gotteslästerlichen Gedanken, die bei ihr in Bezug auf die Heilige Jungfrau, den Heiland und die Heiligen auftauchten. Das brachte sie in eine solche Verzweiflung, dass sie mit dem Kopf an die Wand schlug, sich erwürgen und aus dem Fenster springen wollte. Die Kranke verstand völlig, dass das krankhaft wäre, da sie sehr religiös war. So dauerte es 3 Tage, d. h. im Verlauf des Menstrualzustandes und beim Aufhören der Menstruation hörte auch der krankhafte psychische Zustand auf. Nach 28 Tagen trat eine neue Menstrualperiode ein und mit ihr das ganze frühere Schreckensbild, mit genauer Wiederholung des ersten Anfalls. Der neue Anfall dauerte 4 Tage und ging nach dem Aufhören der Periode ganz vorüber. Wie in der ersten, so war auch in den folgenden Perioden der erste Tag der schwerste und dann besserte sich der Zustand allmählich bis zum letzten Menstruationstage. Auf diese Weise waren im Laufe von anderthalb Jahren 15 ähnliche Anfälle, bald schwerere bald leichtere, dann aber hörten sie unter dem Einfluss der Behandlung auf. Jedoch nach Verlauf von zwei Jahren erneuerten sie sich infolge eines schweren Verlustes und fielen wieder mit dem Menstrualzustand zusammen. Dabei konnte folgender Umstand wahrgenommen werden: die Anfälle waren besonders stark im September, Oktober, November und März, wurden in den übrigen Winter- und Frühlingsmonaten viel schwächer und traten während der Sommermonate nur in Form von Schlaflosigkeit, Unruhe, Verstimmungen und einzelnen Gewaltthätigkeits Ideen auf. Dieser Zustand dauert bis auf die Gegenwart.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

Caspersohn-Altona: Beitrag zur Klinik der typhösen Knochenentzündung. (v. Esmarch'sche Festschrift 1893, p. 453.)

Die typhösen Knochenentzündungen sind als eine Complication oder Nachkrankheit des Unterleibstyphus anzusehen, die mit den specifisch typhösen Vorgängen in ursächlichem Zusammenhang stehen. Diese Entzündungen haben insofern ihren specifischen Charakter, als sie in der Regel mehrfach auftreten, die verschiedensten Skelettheile befallen — mit Vorliebe jedoch die Diaphysen der Röhrenknochen — und erhebliche lancinirende Schmerzen verursachen.

Was die einzelnen Formen anlangt, so ist die gewöhnlichere die nicht eitrige, das sogenannte Rheumatoid des Knochens; es ist hier das gesammte Knochengewebe betheiligt (Osteoperiostitis) und kann der Process sich entweder von selbst zurückbilden, oder die Knochenverdickung schmilzt zu einem eitrigen Brei ein, oder wandelt sich zu einer dauernden Periostose um. In diesen Schwellungen und im Knochenmark haben sich Typhusbacillen nachweisen lassen.

Seltener wird die eitrige Form der typhösen Knochenentzündung beobachtet. Sie documentirt sich als acute Abscedirung und wird, da bisher nur der Nachweis von Eiterkokken gelungen ist, als Mischinfection gedeutet.

Zum Schluss theilt Verf. 2 Fälle von nicht eitriger typhöser Knochenentzündung mit, bei denen allerdings der bakteriologische Nachweis nicht geführt worden ist.

Brackel.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 16. März 1894.

1. Dr. Rieder demonstrirt ein Präparat eines multiplen Aortenaneurysma. Anknüpfend hieran macht er die Mittheilung, dass unter 525 im Verlaufe der letzten 3½ Jahren in der städt. Sectionskammer ausgeführten gerichtlichen resp. polizeiärztlichen Sectionen Aortenaneurysmen 21 Mal beobachtet wurden, und dass in 14 Fällen die Ruptur derselben die Ursache des plötzlichen Todes bildete.

2. Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag über die Aetiologie der Arteriosklerose und des Aneurysma Aortae. Vortragender definirt das Aortenaneurysma als umschriebene Erkrankung der Aortenwand mit dem Resultat eines proportionalen Elasticitätsverlustes. Schon der gewöhnliche Blutdruck könne unter solchen Umständen eine umschriebene Dehnung des Aortenrohres, das Aneurysma bewirken, ohne darum mehr als eine einfache Gelegenheitsursache zu bedeuten, da der Blutdruck für sich, selbst hochgradig gesteigerter, nie ein Aneurysma, sondern im günstigsten Falle nur diffuse Dehnung der Aorta zur Folge haben kann.

Jene Erkrankung aber ist in der sogenannten Aortensklerose repräsentirt, die er, darin von Thoma abweichend, im gewöhnlichen Sinne als chronisch entzündlichen Process der Aortenintima auffasst, die dann weiterhin auf die Media und Adventitia, diese oft nur passiv dehnend, übergeht. — Als Ursache dieser Aortensklerose scheinen ihm, da mechanische Reize zur Erzeugung entzündlicher Processe nicht ausreichen, infectiöse und toxische Einflüsse in Betracht zu kommen, ohne dass es möglich wäre, ein besonderes Agens dieser Gruppen zu beschuldigen. Für unbetheiligt hält er acute Infectionskrankheiten, acuten Gelenkrheumatismus, Tuberculose, und für wahrscheinlich, dass gewöhnliche Producte insbesondere des regressiven Stoffwechsels, Ernährungsfehler gewöhnlichster Art, Uebereruährung und unzweckmässige Ernährung wesentlichen Antheil an der Entstehung der Aortensklerose hätten.

Dafür spreche die Häufigkeit der As. überhaupt, ihre Zunahme mit dem Alter und ihr Ueberwiegen beim weibl. Geschlecht. — Hieraus dürfe aber nicht auf eine gleiche Unbestimmtheit der Aetiologie der arteriosklerot. Aortenaneurysmen geschlossen werden. Schon die grosse Seltenheit dieser an sich, und besonders in Widerspruch mit der Häufigkeit der As. überhaupt, sein Vorwiegen beim männlichen Geschlecht und im mittleren Alter, alles das rede zu Gunsten besonderer Schädlichkeiten, und einer besonderen Form der As. Freilich werde auch hier jeglicher Hinweis auf einen Zusammenhang des Aneurysma mit acuten Infectionskrankheiten, Tuberculose, chronischen Infectionen vermisst, mit Ausnahme nur einer auffallenden Beziehung zur Syphilis.

Meist ergab eine sorgfältige Anamnese, die freilich nur in einem Theil der Fälle vorlag, in Bezug auf Syphilis positive Daten und zwar in 80 pCt. seiner Privatpraxis (17 Fälle) und 56 pCt. der Hospitalpraxis (33 Fälle). Dass es sich hier nicht um ein zufälliges Nacheinander, sondern um einen causalen Zusammenhang handelt, dafür spricht schon die Unwahrscheinlichkeit eines sich so häufig wiederholenden Zufalls und die bekannte Eigenthümlichkeit der Syphilis, noch nach vielen Jahren sich in ihren ominösen Spätwirkungen zu offenbaren.

Man irre daher, bei sicher constatirtem Aortenaneurysma, gegenwärtig fast nie mit der Annahme vorausgegangener Syphilis. Ebenso dürfe man im Zweifelfalle, ob ein Aneurysma oder Neoplasma vorliege, bei sicher auszuschliessender Syphilis, sich ruhig für das Neoplasma entscheiden, ein nicht geringer practischer Vortheil. Aber auch practisch-therapeutisch erscheine die gewonnene Erkenntniss von Werth, da sie zu erneuten Anstrengungen gegen diese Seuche anregen dürfte. Uebrigens schienen ihm diese nur dann einen Erfolg zu versprechen, wenn eine neue Kampfmethode angenommen würde. Der Krankheitsstoff, die Versuchung als Krankheitsvermittler, kann ja nicht aus der Welt geschafft werden, wohl wäre es aber möglich, durch planmässige Erziehung, so zu sagen, eine grössere Immunität des Willens diesen Reizen gegenüber zu erzielen. Erst damit wäre ein sicherer Schutz gegen diese anders nicht zu überwindende Seuche gewonnen. (Autorreferat).

Dr. Krannhals fragt Vortragenden, ob der Annahme, dass Lues die Ursache für das Aneurysma Aorta bilde, spec. pathol. anatomische Befunde zu Grunde liegen. Ihm selbst sind derartige Befunde aus Literaturangaben nicht bekannt, während er selbst nur über eine Beobachtung verfüge, welche sich vielleicht in diesem Sinne deuten liesse. Es handelt sich um ein jugendliches Frauenzimmer, das ziemlich sicher luetisch inficirt, da Puella publica, im aufsteigenden Theile der Aorta circumscripte sklerotische Veränderungen und ausserdem ein rupturirtes Aneurysma Aortae darbot.

Das von Vortragendem betonte seltene nebeneinander Vorkommen von Tuberculose und Arteriosklerose ist auch ihm aufgefallen. Dieses beruht vielleicht auf dem Mangel einer Luxusconsumption bei Tuberculösen im Allgemeinen, daher findet sich am häufigsten noch die Arteriosklerose bei solchen Tuberculösen, bei denen es sich um alte Herde in der Lunge handelt, die nach langer Latenz durch einen acuten Schub tödlich enden. Bei jugendlichen Tuberculösen hat er Arteriosklerose nicht beobachtet, dagegen liess sich dieselbe gelegentlich bei einer 3. Gruppe beobachten, wo der Verlauf ein relativ langsamer und gutartiger, mit geringer Kräfteconsumption einhergehender war.

Dr. Hampeln beantwortet die Frage Dr. Krannhals' dahin, dass ihn nicht patholog.-anatom. Befunde, sondern sorgfältige klinische Beobachtungen, welche keinen andern Rückschluss zuliessen, zu seiner Annahme geführt haben. Nur in einem Falle, wo es sich um ein Aneurysma bei einer jungen Frau handelte, konnte er in der Aorta besondere Veränderun-

gen beobachten, ähnlich den Peyerschen Plaques bei Typhus abdominalis, welche vielleicht als specifisch gedeutet werden könnten.

Dr. Schabert führt Beobachtungen an Thieren an, welche zu Gunsten von Dr. Hampelns Auffassung sprechen, indem z. B. bei Pferden sehr häufig Arteriosklerose, das Aneurysma Aortae dagegen nie beobachtet werde.

Dr. O. Klemm scheint gegen die Auffassung Dr. Hampelns der Umstand zu sprechen, dass bei hereditärer Lues das Aneurysma Aortae sich nicht beobachten lasse.

Dr. Hampeln gesteht die Berechtigung dieses Einwandes zu, doch hält er die Gründe, welche für seine Annahme sprechen, für schwerwiegender.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Fortsetzung).

Zweiter Sitzungstag.

19. April 1894, 10 Uhr.

1. Küster (Marburg) Ueber Frühoperationen bei Osteomyelitis (einleitender Vortrag).

Die Frage, wie die Osteomyelitis anzufassen sei, ob die Frühoperation berechtigt sei oder nicht, ist von den Chirurgen noch nicht mit der im Interesse der Indicationsstellung des practischen Arztes nothwendigen Praecision beantwortet worden. Unter Osteomyelitis versteht Küster die eitrige und nicht eitrige Entzündung des Knochengewebes mit Ausgang in Necrose. Nicht immer ist das Mark der Sitz der Erkrankung, fast ebenso oft die Spongiosa, die Corticalis, das Periost. Demgegenüber hat man eine aetiologische Eintheilung versucht. Kurt Müller sah als Ursache nur die Staphylococcen an. Küster hat ebenfalls nie andere Mikroorganismen gefunden. Jordan, Garré, Schimmelbusch fanden als Eingangspforten: Darm, Haut, Schleimhaut. So bei Kindern Furunkel und Carbunkel. Es sei hier die Osteomyelitis als Metastase aufzufassen. Auch Kratzeffecte auf der Haut könnten die Eingangspforte für im Nagelschmutz enthaltene Mikroben abgeben. Daher finde sich in den Provinzen, auf dem Lande die Osteomyelitis relativ häufig.

Alle diese Beobachtungen weisen darauf hin, wie wünschenswerth auch hier prophylactische hygienische Maassregeln, Pflege der Haut etc. sein dürften.

Der ausgesprochenen Krankheit gegenüber sei das Messer am Platz sowohl zur Beseitigung der Eiterung, als auch zur Herausbeförderung des Sequesters.

In Hinsicht auf die Eiterung hat 1723 Chassagnac die Exarticulation resp. Amputation empfohlen, um so den ganzen für den Organismus gefährlichen Krankheitsherd zu eliminiren. Auch heute noch sind wir gelegentlich hierzu gezwungen. In den 70-er Jahren empfahlen die Franzosen im Vertrauen auf die osteoplastische Thätigkeit des Periosts die Exstirpation des ganzen erkrankten Knochens. In Deutschland hat diese Methode keinen Eingang gefunden. Operirt man früh, so ist die Regeneration schlecht. Und später ist das Schlimmste überstanden, da ist ein solcher Eingriff nicht mehr nöthig.

Vollständige Freilegung des Eiterherdes ist nun allerdings Postulat. Es genügt nicht einzelne Oeffnungen anzulegen, da man so einen oder den anderen Herd zu leicht übersieht. Gegenüber diesem radicalen Verfahren haben sich die Autoren sehr verschieden verhalten. Küster hat seit 13 Jahren die breite Eröffnung geübt und zwar vornehmlich an Röhrenknochen, auf die er die Discussion beschränkt wissen will. Er hat im Ganzen nur in 24 Fällen die Frühoperation gemacht. Davon befanden sich 1) in der 2. Woche der Erkrankung 14 Fälle, kein Todesfall. Unmittelbar geheilt 9, mit Fisteln (kleineren) 5. 2) In der 3. Woche der Erkrankung 3 — davon 2 gestorben, 1 mit Fistel geheilt. 3) In der 7. Woche der Erkrankung 1, der wohl als mildere Erkrankung aufzufassen ist, ebenso wie die übrigen.

K. glaubt Folgendes aus diesen Zahlen herauslesen zu können: Die Heilung der Osteomyelitis durch Frühoperation gelingt in einer grossen Zahl von Fällen. Auch von den schweren septischen Formen sei einer oder der andere zu retten.

Bedeutungsvoll seien namentlich jene Fälle, die sofort mit hohem Fieber, starken Schmerzen einsetzen. Das Periost finde sich gequollen, auch im Mark sei kein Eiter zu finden, wohl aber eine succulente Infiltration. In einem Falle fand sich unter dem gequollenen Periost eine haarfeine Oeffnung, aus der Eiter hervorquoll. Sie führte auf einen erbsengrossen Abscess, nach dessen Entleerung das Fieber sofort fiel. Bestehe eitrige Infiltration, so sinke das Fieber langsam. Je länger man warte, desto unsicherer sei der Erfolg. Oft trete dann später doch Fieber auf, oder es sinkt nicht nach der Operation. Dann müsse die ganze Höhle mit dem Thermocauter ausgebrannt werden. So gelinge es oft noch nachträglich des Fiebers Herr zu werden. Da die Frühoperationen bessere Resultate ergeben kame Alles auf eine frühe Diagnose an. Sei diese nun so schwer zu stellen, wie Manche meinen? K. glaubt, dass die Diagnose allerdings in einer Anzahl von Fällen schwierig sei, aber das seien gerade die leicht verlaufenden. In den acut einsetzenden Fällen sei die Diagnose leicht. Für die Tibia O. empfiehlt K. bei der Aufmeisselung einen Knochenweichtheil-Lappen zu bilden der wieder zurückgeklappt wird. So werde die Entstellung vermieden und die Heilungsdauer abgekürzt.

2. Karewski (Berlin), Operative Abortivbehandlung der Osteomyelitis. Spricht sich ebenfalls für Frühoperationen aus: Er meisselt die ganze Markhöhle auf und eliminirt das Mark. Sein Material sind Kinder in den ersten Lebensjahren. Wann ist die Diagnose eines Abscesses zu stellen? Bei Fieber immer danach zu fahnden. Gelenkbetheiligung giebt jedoch die besten Fingerzeige. An der Tibia ist die Diagnose jedenfalls leichter als am Femur. Oft begegne man grossen Abscessen mit geringer Reaction. Die grosse Operation ist ungefährlich, wenn man namentlich am Oberschenkel vorsichtig operirt und Blut spart. Einen Todesfall an O. habe K. unter 7 O. der Tibia und 6 O. des Femur nie gesehen. Ein Patient sei an einer nach Influenza multipel auftretenden Erkrankung, die die Gelenke und das Becken mitergriff, zu Grunde gegangen. Manche von den Kranken müssten allerdings 6 Monate lang täglich 1—2 mal verbunden werden. Wachsthumsstörungen hat K. nach diesen Operationen nicht gesehen. K. empfiehlt die Frühoperation. Sie sei unbedenklich und als Abortivbehandlung zu bezeichnen.

Discussion:

Herr N— aus Hanau verwahrt sich gegen die Bemerkung Küsters, dass die hessische Landbevölkerung unreinlich sei. Es gäbe doch auch andere Quellen für die O. als nur die Unreinlichkeit.

Schuchardt (Stettin) hat früh operirt, sich jedoch auf die Spaltung der Weichtheile beschränkt und den Knochen nicht aufgemeisselt. Alle Falle sind ohne Necrose, ohne Fisteln geheilt. Manchmal bleibe das Fieber noch einige Tage, dann falle es ab.

v. Bergmann (Berlin): Kommen in Stettin auch Necrosen vor?

Koerte (Berlin, Urban) hat 5 Fälle in den ersten 8 Tagen operirt. Es waren das schwere septische Fälle. Er hat stets die ganze Diaphyse aufgemeisselt und das vereiterte Mark ausgeräumt.

Von 20, überhaupt früh Operirten sind 6 an Pyämie und Sepsis gestorben. Die 14 Ueberlebenden sind geheilt. Auch er kann bestätigen, dass die Schmerzen stets sofort schwanden. Das Fieber blieb manchmal noch einige Zeit. Traten Necrosen auf, so waren sie klein und ziemlich bedeutungslos, die Höhlen füllten sich langsam. Gypsplombirungen misslangen. Osteomyelitis ist eine Theilerscheinung einer Allgemeinerkrankung. Schaffe man den Eiter fort, so habe man der Hauptindication Genüge gethan.

Schede hat schon, als er noch in Friedrichshain war (80 Fälle) Frühoperationen ausgeführt und dieses in Hamburg fortgesetzt. Er stimmt Koerte im Ganzen bei. Jene schweren Fälle seien als Theilerscheinung einer Allgemeininfection aufzufassen. Es kämen jedoch auch Fälle vor, die leichter verlaufen und als Localerkrankungen aufzufassen seien. Die ersteren gehen meist zu Grunde — wie man sich auch stelle. Diese werden früh ins Krankenhaus gebracht, weil auch dem Laien die Symptome bedrohlich scheinen. Es sind das die Fälle, die mit Icterus, Somnolenz etc. einhergehen und in denen man nur wenig Eiter, aber stark hyperaemisches Mark findet. Oft am 2. Tage schon gehen sie zu Grunde. Dann finde man Metastasen in allen möglichen Organen. In solchen Fällen sei die Ausräumung des Markes durch die damit verbundene Eröffnung der Lymphbahnen eher schädlich als nützlich. In den weniger schweren Fällen hat auch Sch. das Fieber oft sehr lange fortdauern sehen (Monate). Sch verfügt im Ganzen über ein Material von 154 Fällen (die Necrotomien mitgezählt? Ref.) Von 30 Tibia-Osteom. der schweren Form starben 15, von 24 der leichteren — 0. Ueberhaupt ergab die Osteomyelitis am Femur 28, an der Tibia 27 pCt. Mortalität.

An der Mandibula hat Sch. 11 gesehen, von denen 4 gestorben sind. Oft war eine Zahnextraction die Ursache, oft aber auch die Osteomyelitis der Grund der Zahnextraction.

Becker spricht sich für die Aufmeisselung aus.

Lindner (Berlin). Wir wissen zu wenig über die Pathologie der Osteomyelitis. Besonders häufig scheine sie in den Ostseeküstenländern aufzutreten. Die frühe Operation gabe keine so günstigen Resultate wie K. das postulire. Auch Necrosen liessen sich nicht immer vermeiden, während manchmal nach einfacher Abscessspaltung subperiostal Alles ohne Necrose und Fistel verheile. Die Diagnose sei nach dem Fieber etc. sehr wohl zu stellen ja einmal sei es ihm gelungen die Diagnose zu stellen, bevor, so zu sagen, die Osteomyelitis da war. (! Ref.). Im Ganzen stellt L. sich auf den Standpunkt Schede's und Küsters.

(Fortsetzung folgt).



Wir erhalten folgende Zuschrift:

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Bitte höflichst beiliegende Notiz in ihrer werthen Zeitschrift drucken zu wollen:

Da ich das klinische Material betreffend die chirurgische Behandlung der Gebärmutter-Fibromyome zu bearbeiten beabsichtige, wende ich mich an die Herren Collegen mit der höflichsten Bitte, mir so bald als möglich, wenn auch kurze Notizen über diejenigen Fälle, in welchen irgend ein chirurgischer Eingriff (wie Ausschabung der Gebärmutter-Schleimhaut, Ligatur der Gefässe, Castration, Entfernung von Tumoren oder der Gebärmutter etc.) angewandt worden sind, unter folgender Adresse zusenden zu wollen: St.-Petersburg, Rasjesshaja Nr. 1, Quart. 8, Dr. Kakuschkin. Hochachtungsvoll

23. Juni 1894. Dr. N. Kakuschkin.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: St Stanislaus-Orden I. Classe: — dem Oberarzt des unter dem Protectorat S. Kais. Hoheit des Grossfürsten Michail Nikolajewitsch stehenden, von deutschen Reichsangehörigen gegründeten Alexanderhospitals in St. Petersburg, wirkl. Staatsrath Dr. Moritz. St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Poltawaschen Gouvernements-Medicinalinspector, wirkl. Staatsrath Dr. Reipolski und dem stellv. Kasanschen Gouv.-Medicinalinsp., Staatsrath Dr. Mandelstamm. — St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem beständigen Mitgliede der Civil-Medicinalverwaltung im Kaukasus, Staatsrath Dr. Haudelin; dem Oberarzt des Tiflisschen Michael-Hospitals, Staatsrath Dr. med. et chirurg. Hohlbeck und dem ält. Ordinator des St. Petersburger Peter-Paul-Hospitals, Dr. Möhlenfeld. — St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Oberarzt des St. Petersburger städtischen Alexanderhospitals, Dr. Dobroklonski und dem ausseretatmässigen Ordinator des St. Petersburger Peter-Paul-Hospitals Dr. Jalan de la Croix.

— Ernannt: Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. Werigo — zum ausserordentlichen Professor der Physiologie an der Neurussischen Universität.

— Verstorben: 1) In Warschau der ehemalige Bergwerksarzt in Sibirien, Ludwig Kreibich, im 55. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1862 war K. anfangs viele Jahre Arzt in Tomsk, darauf an dem Salair'schen Bergwerke im selben Gouvernement. Nach seiner Verabschiedung lebte er in Warschau. 2) In Dumenitschi (Gouv. Kaluga) der dortige Bergwerksarzt Victor Labunski im 32. Lebensjahre. 3) Am 31. Mai in Moskau der freipracticirende Arzt M. Ch. Rubinstein, welcher sich in einem Anfall von Melancholie mit Carbolsäure vergiftet hat. 4) In Berlin am 16./28. Juni das Mitglied der dortigen Academie der Wissenschaften. Dr. med. et phil. Moritz Traube, ein jüngerer Bruder des verst. berühmten Klinikers gleichen Namens, im Alter von 67 Jahren. Er beschäftigte sich viel mit medicinisch-chemischen Forschungen. So studirte er die Gesetze der Zuckerausscheidung und der Fettverdauung bei Diabetes, die Fermentwirkung und die Gährungs- und Verwesungserscheinungen. Vor Kurzem noch veröffentlichte er in der «Zeitschrift für Hygiene» eine einfache Methode, Wasser keimfrei zu machen.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Universität Kasan, Staatsrath Dr. Rasumowski, ist als ordentlicher Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der genannten Universität bestätigt worden.

— Der Kiewer Professor Dr. W. A. Beez, (Anatom), welcher 9 Jahre hindurch als Oberarzt der Südwestbahnen fungirte und jetzt wegen Krankheit seinen Abschied nehmen musste, hat von der Gesellschaft der genannten Eisenbahnen als Gratification die volle Jahresgage und einen goldenen Jeton erhalten, welcher lebenslänglich zur unentgeltlichen Fahrt auf allen der Gesellschaft gehörigen Eisenbahnlinien berechtigt. (Odess. Now.-Wr.)

— Das Professorencollegium der Wiener Universität hat für den durch Prof. v. Stellwag's Rücktritt erledigten Lehrstuhl der Augenheilkunde an erster Stelle Prof. L. Mauthner (Wien) und an zweiter Stelle Prof. Schnabel (Prag) in Vorschlag gebracht.

— Im nächsten medicinischen Lehrjahre 1894/95 begehen, wie mehrere russische Tagesblätter übereinstimmend berichten, eine Reihe von Professoren der militär-medicinischen Academie Jubiläen ihrer wissenschaftlichen und dienstlichen Thätigkeit, und zwar das 25-jährige Jubiläum der Chirurg E. W. Pawlow am 15. December 1894, der Physiolog Fürst Tarchanow sowie der Anatom Tarenezki am 9. Jan. 1895 und der Epizootolog Woronzow am 22. März 1895. Im selben Jahre feiern der Chirurg Prof. Nassilow sein 30-jähriges Jubiläum am 3. Mai 1895 und der Histolog Prof. Sawarykin sein 35-jähriges Dienstjubiläum am 10. Januar 1895.

— In den kaukasischen Mineralbädern practiciren in der gegenwärtigen Saison nach dem örtlichen Badeblatt 89 Aerzte, darunter 9 Professoren und 11 Docenten. Die meisten Aerzte hat Pjatigorsk, nämlich 55, dann folgen Essentuki mit 20, Shelesnowodsk mit 17 und Kisslowodsk mit 9 Aerzten.

— Aus der in der Moskauer Zeitung veröffentlichten Abrechnung des IX. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte, welcher zu Anfang dieses Jahres in Moskau stattfand, geht hervor, dass die Gesammteinnahme 13,806 Rbl. betrug, welche sich aus folgenden Posten zusammensetzt: 1) Von der Regierung als Subsidie 4000 R. 2) von der Moskauer Universität 1000 Rbl. 3) Von der Moskauer Stadtverwaltang 2000 Rbl. 4) Vom Verkauf der Mitglieds-Abzeichen 222 R. und 5) Von den Mitgliedsbeiträgen 6584 Rbl. Da die Ausgaben nur 7806 Rbl. betrugen, so ist ein Reingewinn im Betrage von 6000 Rbl. erzielt worden, welcher in Werthpapieren angelegt ist.

— Der VIII. Congress französischer Chirurgen findet am 9. October 1894 n. St. in Lyon unter dem Vorsitz von Prof. Tillaux statt. Auf der Tagesordnung stehen als Haupt-Verhandlungsgegenstände die Aetiologie des Krebses und die Chirurgie der Wirbelsäule.

— Cholera. Zum dritten Mal in drei Jahren wird St. Petersburg von der Cholera heimgesucht und zwar in diesem Jahre viel früher als in den beiden vorhergehenden Jahren. Während in den Jahren 1892 und 1893 die ersten Choleraerkrankungen in den letzten Tagen des Juli-Monats und in den ersten Tagen des August-Monats vorkamen, wurden in diesem Jahre die ersten Cholerafälle bereits am 19. Juni constatirt. Freilich konnte man das baldige Auftreten der Seuche in St. Petersburg mit Sicherheit voraussehen, nachdem dieselbe in dem benachbarten, in regem Verkehr mit St. Petersburg stehenden Kronstadt am 8. Juni ausgebrochen war. Was den Charakter der Epidemie anbelangt, so ist er wider Erwarten im Ganzen ein recht bösartiger. Nachdem vom 19.—25. Juni 141 Personen erkrankt und von diesen 52 gestorben und nur 2 genasen, nahm die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle rasch zu, so dass an den einzelnen darauffolgenden Tagen (26.—30. Juni) die Zahl der Neuerkrankungen: 66, 89, 77, 111, 143 und die Zahl der Todesfälle: 16, 30, 35, 39 und 54 betrug. Nach unserer Berechnung sind vom 19.—30. Juni 627 Personen erkrankt, 226 gestorben und 38 genesen. In Behandlung verblieben am 30. Juni 362 Personen. Zur Steigerung der Epidemie haben wohl auch die in die letzte Zeit fallenden Feiertage mit den an solchen Festen üblichen Debauchen nicht wenig beigetragen. Seitens der städtischen Sanitätscommission sind die nöthigen Maassregeln zur Unterdrückung der Epidemie ergriffen worden: Die Zahl der Sanitätsärzte, sowie der Desinfectoren ist vergrössert worden, diejenigen Häuser, in denen jetzt und im vorigen Jahre Choleraerkrankungen vorgekommen, werden unter besondere sanitäre Aufsicht gestellt, in jeden der 38 städtischen Polizeibezirke wurden je 5 Pud Carbolsäure geschickt u. s. w. Choleraerkrankungen sind jetzt bereits in allen Theilen der Stadt vorgekommen, jedoch im Admiralitäts- und Kasanschen Stadttheil nur vereinzelte Fälle.

Was den Stand der Cholera-Epidemie im übrigen russischen Reiche anbelangt, so hat sie sich neuerdings auch auf das Gouvernement Tula ausgebreitet, von wo aus der Zeit vom 12. Mai—18. Juni 10 choleraverdächtige Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet worden. In Kronstadt erkrankten vom 19.—25. Juni 41 Personen und starben 18. In den Gouvernements Warschau, Grodno, Kielce, Plozk und Radom herrscht die Seuche noch in ungeschwächter Weise.

Im deutschen Reiche sind in den letzten Wochen keine Cholerafälle vorgekommen, doch wurden alle Maassregeln für den Fall des Wiederauftretens der Seuche getroffen und, wo nöthig, die Zahl der Aerzte vermehrt, denen eine Vergütung von 20 Mark täglich gezahlt wird.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Juni d. J. 6075 (19 wenig. als in der Vorwoche), darunter 259 Typhus — (6 mehr), 709 Syphilis — (41 wen.), 62 Scharlach — (4 weniger), 20 Diphtherie — (6 wen.), 62 Masern — (3 weniger) und 18 Pockenkranke — (9 wen.) und 86 Cholerakranke.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Kirillow (Gouv. Nowgorod). Gehalt anfänglich 1200 R. jährlich, jedoch alle 5 Jahre um 300 R. steigend. Der Arzt muss orthodoxer Confession sein. Adresse: «Кирилловская Земская Управа».

2) Für Preekuln (Kurland) und Umgebung wird ein Arzt vom 12. Juni 1895 ab gesucht. Näheres zu erfahren bei dem Besitzer von Preekuln N. v. Korff.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. Juni 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
387	284	671	147	65	113	17	6	20	69	69	47	40	42	26	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 22, Scharlach 8, Diphtherie 12, Croup 5, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 51, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 152, Todtgeborene 35.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 2 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 9. (21.) Juli **1894**

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in Wolmar vom 5.—7. Sept. d. J. statt.

Anmeldungen zu Vorträgen sind baldmöglichst, **spätestens bis zum 1. August c.** bei Unterzeichnetem einzureichen.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Zur Casuistik des Leberabscesses.

Von

L. v. Lingen.

Das relativ seltene Vorkommen des Leberabscesses in unseren Breitengraden rechtfertigt, wie mir scheint, die Veröffentlichung eines solchen Falles zur Bereicherung der Casuistik. Leider kann vorliegender Fall nicht dazu beitragen in dem Dunkel der aetiologischen Verhältnisse Klarheit zu schaffen. Es wird immerhin vielleicht einst möglich sein, wenn man über eine grössere Anzahl einschlägiger Fälle verfügt, dieselben von einem gemeinsamen Gesichtspunkt aus zu betrachten und zu gruppiren. Bevor ich ähnliche Fälle, auf welche ich bei Durchsicht der Literatur gestossen, in die Besprechung hineinziehe, lasse ich die Krankengeschichte folgen:

Victor K—n. 16 a. n., aus Finnland gebürtig, trat am 11. October 1893 ins Peter-Paul-Hospital ein. Die Erhebung der Anamnese war wegen sprachlicher Schwierigkeiten (Patient sprach nur seine Muttersprache) mit grossen Unbequemlichkeiten verbunden. Doch auch das Befragen des äusserst stupiden Jungen durch einen Dolmetscher konnte nur wenig positive und zuverlässige Angaben zu Tage fördern. Soweit sich eruiren liess, war Pat., dessen Eltern gesund sind, vor zwei Jahren in einer Sägemühle bei Wiborg beschäftigt, seit dem letzten Winter gleichfalls in einer Sägemühle in St. Petersburg. Pat. ist stets gesund gewesen; Masern, Scharlach, Typhus hat er nicht gehabt, ebensowenig hat er an Durchfällen gelitten. Zwei Tage vor Eintritt ins Hospital erkrankte Pat. acut mit Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen und Durchfall, wobei nach Angabe des Pat. ein Bandwurm abgegangen sein soll.

Stat. praes. 11. October 1893. Pat. von mittlerem Körperbau, mässig entwickelter Musculatur und Panniculus adiposus; hervorstehende Backenknochen, Schleimhäute etwas anaemisch. Körpergewicht 49,5 Kilogramm. Hautdecken rein, keine Oedeme, Zunge belegt. Puls 88, voll und regelmässig. T° 38,4. Respirations- und Circulationssystem normal. Im Urin kein Eiweiss.

Das Abdomen aufgetrieben, trotz der stark gespannten Bauchdecken fällt doch eine leichte Vorwölbung der rechten Oberbauchgegend ins Auge. Die Palpation der Leber ist sehr schmerzhaft, in der Mittellinie fühlt man 3—4 Finger breit über dem Nabel den unteren Leberrand durch, in der rechten Linea parasternalis überragt der Leberrand den Rippenbogen um 4—5, in der Linea mamillaris um circa 3 Finger breit. Die Leberoberfläche fühlt sich gleichmässig hart an, keine Prominenzen, keine Fluctuation. Die obere Percussionsgrenze der Leber ist normal, die untere stimmt mit dem Palpationsbefund überein. Im Uebrigen tympanitischer Schall über dem Abdomen. Die Schmerzhaftigkeit ist in den beiden Hypochondrien und der Regio epigastrica localisirt, eine geringe Empfindlichkeit besteht auch in der Ileo-Coecalgegend, wo sich eine undeutlich abgrenzbare Resistenz von geringer Ausdehnung durchfühlen lässt. Die Milz ist sehr gross, überragt den Rippenbogen um 2 Finger, die Milzgegend ist schmerzhaft.

Dieser Zustand hielt längere Zeit an. Durchfälle und Erbrechen waren seit dem Eintritt ins Hospital nicht aufgetreten, die leichte Resistenz in der Ileo-Coecalgegend schwand spurlos nach 3 Tagen, die Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der Leber blieben bestehen. Die Temperatur nahm sehr bald einen intermittirenden Character an (niedrigste T° 35,9; höchste 39,9), es stellten sich Schüttelfröste 1—2 mal täglich ein, die Frequenz des Pulses betrug 88—124. Die Stühle waren meist breiig und gallig gefärbt. Nach 14-tägigem Aufenthalt im Hospital trat zum ersten Mal Icterus leichteren Grades auf. Der Appetit nahm ab, Kopfschmerz und Durstgefühl stellten sich ein, Pat. magerte sichtlich ab. Die Schmerzhaftigkeit, bald im Epigastrium, bald mehr im rechten Hypochondrium localisirt, nahm sichtlich zu, so dass Pat. stöhnend dalag, mit schmerzhaft verzogenen Gesichtszügen in zusammengesunkener Rückenlage mit zusammengezogenen Beinen, jede Bewegung sorgfältig vermeidend. Die Behandlung bestand anfangs in Verabfolgung von Ricinusemulsion und kleinen Calomeldosen, Chinin, warmen Bädern, Priessnitzschem Umschlag, welcher jedoch vom Pat. bald wegen erhöhter Schmerzhaftigkeit entfernt wurde, und subcutanen Morphiuminjectionen.

Die sich fast täglich wiederholenden Schüttelfröste, der intermittirende Charakter der Temperatur, die auf die Lebergegend localisirten heftigen Schmerzen im Verein mit dem in Obigem entworfenen klinischen Krankheitsbilde legten die Vermuthung nahe, dass sich im gegebenen Falle ein Eiterpro-

cess in der Leber etablirt hatte. Am 7. Nov. 1893 wurde Pat. in die chirurgische Abtheilung übergeführt, woselbst Dr. Wanach die Weiterbehandlung übernahm. Nachdem die Probepunction in der hinteren Axillarlinie inm 10. Intercostalraum stinkenden Eiter zu Tage gefördert hatte, schritt Dr. Wanach am 8. Nov. zur Operation. Nach Resection der zehnten Rippe in der hinteren Axillarlinie und Durchtrennung des Zwerchfells stiess man auf einen etwa apfelgrossen Abscess in der Leber.

Dieser wurde incidirt, es entleerten sich etwa 50 Cbcm. einer jauchigen Flüssigkeit, die Abscesshöhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Nach der Operation trat eine wesentliche Besserung ein, die T° fiel ab, das Volumen der Leber ging zurück, die Schmerzhaftigkeit nahm bedeutend ab, dagegen nahm der Icterus zu. Aus der Abscesshöhle entleerte sich anfangs gallig gefärbter Eiter, später fast reine Galle in recht bedeutender Menge, so dass der täglich erneute Verband von Galle durchtränkt war. Bald aber stellten sich unter zunehmendem Kräfteverfall die Schmerzen wieder ein, die T° war subnormal und Pat. starb, nachdem Tags zuvor ein doppelseitiger Exophthalmus mit starrer Infiltration des oberen Lides aufgetreten war, am 27. November 1893.

Sectionsprotokoll.

Die von Dr. Jalan de la Croix ausgeführte Section ergab Folgendes:

Stark abgemagerte Leiche. Hautdecken und Sclerae icterisch. Auf der rechten Seite befindet sich die in dem Krankenbogen erwähnte Operationswunde mit Resection der 10. Rippe. Nach Eröffnung der Pleurahöhle und des Diaphragmas dringt die Wunde in einen Eiterheerd, welcher sich am rechten Rande der Leber befindet. Beide Pleurahöhlen frei. Der linke Lungenlappen ist etwas adhaerent, die Lungen sind nicht voluminös, leicht oedematös, die unteren Lappen, namentlich der linken Lunge, sind blutreich, die Pleura über dem letzteren leicht ekchymosirt. Das Herz ist etwas vergrössert, Dilatation beider Vorhöfe, besonders des rechten, Perikard, Endokard und Klappen normal, der Herzmuskel von graubrauner Farbe mit einem Stich ins Gelbliche. Die Milz beträchtlich vergrössert: 15,7 und 4 Ctm., die Kapsel geschrumpft, das Gewebe von dunkelbrauner Farbe, etwas schlaff, die Trabekel deutlich zu sehen, in der Nähe des vorderen Randes befindet sich ein gelblicher Infarct von der Grösse einer kleinen Erbse. Die Leber ist auch vergrössert, die Oberfläche glatt, zeigt 4 Ctm. über und hinter der durch den Operationsschnitt eröffneten Eiterhöhle von der Grösse einer Wallnuss, einen zweiten Eiterheerd von Hühnereigrösse, der intra vitam geplatzt ist. Ausser den erwähnten Eiterheerden zeigt die ganze Lebersubstanz zahlreiche Abscesse von bald gelbgrauer, bald in Folge von Beimischung von Galle hellgelber Farbe. Der Rest des Gewebes zwischen den Abscessen ist von schmutzig brauner Farbe, ziemlich weich, die Zeichnung der Acini undeutlich, der Ductus hepaticus ist in seinem Beginn bedeutend erweitert, für eine Bleifeder fast passirbar, die Schleimhaut desselben ist verdickt, angeschwollen und mit einer Eitermembran bedeckt. Die Gallenblase von Taubeneigrösse, enthält eine farblose Flüssigkeit, die Wände sind verdickt. Der Ductus cysticus, wie überhaupt der ganze Ductus choledochus ist bis zur Einmündungsstelle in's Duodenum verwachsen, so dass es auf keine Weise gelingt, eine Sonde in den Ductus choledochus zu leiten. An Stelle der Oeffnung befindet sich eine Erhöhung mit drei strahlenförmigen Schleimhautfalten. Die Nieren sind vergrössert, die Capsel der linken lässt sich schwer ablösen, die Rindensubstanz ist undeutlich, verdickt, die Columnae Bertini sind in der linken Niere geschwellt, die Schleimhaut der Nierenbecken ist leicht ekchymosirt, dieselben sind ein wenig, die Blase stark dilatirt, die Blasenwand leicht hyperämisch, die Trabekeln deutlich sichtbar. Der Magen ist etwas erweitert, die Schleimhaut von dunkelgrauer Farbe, die Schleimhaut des Darmes ein wenig succulent, nicht geschwollen, von grauer Farbe. Die Darmschlingen sind vollkommen verklebt mit einander und mit dem Bauchfell, und sind bedeckt mit gelbem, dickem Eiter, ebenso das Netz. Der Wurmfortsatz ist vollkommen frei. Die Hirnsubstanz ein wenig fester als normal, glänzt auf dem Durchschnitt, Herderkrankung nicht vorhanden. Beide Augen, besonders das rechte sind bedeutend geschwellt, das orbitale Zellgewebe und die Augenmuskeln sind bis zum hinteren Pol der Orbitalhöhle mit gelblichem Eiter infiltrirt.

Die Section bestätigte die Anwesenheit von Eiterherden in der Leber. Dass es sich um multiple Abscesse handelte, konnte intra vitam wegen Abwesenheit von Fluctuation höchstens vermuthet, nicht mit Sicherheit angenommen werden. Dagegen konnte die Autopsie ebensowenig wie der klinische Verlauf einen absolut sicheren Anhaltspunkt für die Entstehung einer Hepatitis purulenta liefern. Hatte anfangs die wenn auch geringfügige Resistenz in der Ileo-Coecalgegend den Verdacht auf einen entzündlichen Process in dem Blinddarm lenken können, so musste bei weiterer Beobachtung des Pat. dieser Gedanke fallen gelassen werden, da die Resistenz im Zeitraum von drei Tagen spurlos schwand und es sich vielleicht nur um Kothstauung gehandelt haben mag, wie denn auch bei der Section eine pathologisch-anatomische Veränderung im Blinddarm nicht nachgewiesen werden konnte. Daher glaube ich nicht in dieser vorübergehenden Erscheinung eine genügende Erklärung für das Zustandekommen eines Leberabscesses finden zu können. Wohl ist eine Reihe von Fällen, bei denen Typhlitis oder Perityphlitis in ursächlichem Zusammenhang mit der Entstehung eines Eiterprocesses in der Leber stehen, bekannt. So berichtet A. Bernhard[1]) aus der Strassburger Kinderklinik einen Fall von Perityphlitis mit secundärer allgemeiner Peritonitis und Bildung einer Reihe von kirschkerngrossen Leberabscessen bei einem 10-jährigen Kinde. Ebenso haben Wettergren, Debrczynski u. A. Leberabscesse im Anschluss an Perityphlitis beobachtet.

Abgesehen von der Bildung von Eiterherden in der Leber als Folge von Nabelgefäss-Erkrankungen bei Neugeborenen, wovon manche Beobachtung vorliegt, sind bekanntlich als Eingangspforten für die Eitererreger entweder die Gallengänge oder die Blutbahnen, und zwar das Pfortadersystem oder die Leberarterie anzusehen. Mehrfach sind in der Literatur Fälle angeführt, wo geschwürige Processe im Darm, dysenterische oder typhöse, durch Import von infectiösem Material auf dem Wege der Vena portae zur Bildung von Eiterherden Veranlassung gaben, sei es auf directem Wege durch Resorption von der Ulcerationsfläche aus durch die Darmvenen, oder durch Arrosion der Zweige derselben und Verschleppung auf diese Weise. Romberg[2]) hat mit Einschluss einer eigenen Beobachtung 19 Fälle von Leberabscess nach Typhus zusammengestellt und macht mit Recht auf die Schwierigkeit der Erklärung aufmerksam, die über die Seltenheit des Vorkommens von Abscessbildung in der Leber nach geschwürigen Processen im Darm Aufschluss geben könnte, da doch die anatomischen Verhältnisse für die Möglichkeit einer Uebertragung von Entzündungserregern durch die Pfortader günstige sind, und Abscessbildungen unter denselben Umständen in Nieren, Milz und namentlich Mesenterialdrüsen häufiger beobachtet werden. Bamberger[3]) hat unter mehreren Hundert Dysenterischen niemals einen Leberabscess gesehen — eine Beobachtung, die zu den Erfahrungen der Beobachter südlicher Gegenden, die fast einstimmig auf die Complication einer acuten Hepatitis als auf eine verhältnissmässig häufige hinweisen, in directem Gegensatz steht. Immerhin begegnet man in der Literatur manchen Fällen, wo im Anschluss an eine dysenterische Erkrankung eine eitrige Hepatitis entsteht, wie die Beobachtungen von A. Högerstedt, Sabanejew, Dichinson, Gluck, de Gennes u. And. lehren. Ein bei weitem häufigeres Vorkommniss sind, wie gesagt, die Leberabscesse in südlichen Regionen. Gluck[4]) fand unter 151 Dysenterischen, von denen 28 starben, bei 16 Individuen auf dem Sectionstisch Abscesse im genannten Organ. Mejca[5]) berichtet aus Mexico (Stadt), dass in dem Zeitraum 1869—1878 unter 84,416 Todesfällen, 1965 Sterbefälle auf Hepatitis purulenta fallen.

Häufiger giebt eine durch Fremdkörper, sei es durch Concremente oder Parasiten, hervorgerufene Entzündung zur Abscessbildung Veranlassung. Birch-Hirschfeld[6])

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XXV. 1886.
[2]) Berl. klin. Wochenschrift, 1890, № 9.
[3]) Virchow. Pathol. und Ther. 1855. Bd. 6, Abtheilung I, pag. 547.
[4]) Schmidt's Jahrb. XIII. Bd. II. Abth. 1.
[5]) Schmidt's Jahrb. XXVI. Bd. II. Abth. 1.
[6]) Citirt nach Bernhard: Jahrbuch für Kinderheilkunde 1886 Bd. XXV.

zählte bis zum Jahre 1880 50 Fälle, in denen das Eindringen von Ascariden in die Gallengänge zu Eiterprocessen geführt hatte. Die Mehrzahl fällt auf das kindliche Alter. Dagegen führt die Bildung von Concrementen naturgemäss häufiger im vorgerückten Alter zu entzündlichen Erscheinungen im betreffenden Organ. Hierüber berichten Burnet, Geigel, Altschul, Carl, Schuermans, Rajgrodski u. And.

Unter den aetiologischen Verhältnissen sei noch der metastatischen Abscesse bei pyämischen Erkrankungen und Anwesenheit von Eiterherden oder Zerfallsproducten in anderen Organen, und schliesslich des Traumas Erwähnung gethan. Und doch genügen die obenangeführten ursächlichen Momente nicht zur Erklärung eines jeden Falles; es kommen Leberabscesse vor, wo man aus den gegebenen aetiologischen Verhältnissen keine Anhaltspunkte zu gewinnen vermag. Bei Durchsicht der Literatur sind mir eine Menge von Fällen begegnet, wo ausdrücklich bemerkt wird, dass ein aetiologisches Moment nicht zu eruiren sei. Ughetti [7]) sagt ausdrücklich: «in der Mehrzahl ist die Ursache nicht zu finden».

Wie sollen wir unseren Fall beurtheilen? Leider bin ich nicht im Stande, eine stricte, vollkommen befriedigende Antwort zu geben; es kann hier nur von der Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit die Rede sein, wie die Infection zu Stande gekommen. Bei der Durchsicht des Sectionsprotokolls muss uns die Notiz unwillkürlich auffallen, dass der Ductus choledochus für eine feine Sonde nicht passirbar war. Im Anschluss an einen acuten Gastro-Duodenalkatarrh — Pat. hatte kurz vor Eintritt ins Hospital an Erbrechen und Durchfall gelitten — muss sich ein Katarrh der Schleimhaut des Ductus choledochus etablirt haben, der durch Schwellung derselben das Lumen undurchgängig machte. Am nächsten liegt die Vermuthung, dass mit dem acuten Gastro-Duodenalkatarrh Infectionsträger aus dem Duodenum durch den Ductus choledochus in die Leber gelangt und dort zur Entfaltung gekommen sind. Dafür sprichte auch die sofort mit hohem Fieber einsetzende Erkrankung, wie es bei einem Gastro-Duodenalkatarrh wenigstens nicht zu der Regel gehört. Vielleicht spielt die katarrhalische Schwellung der Schleimhaut der Gallengänge insofern eine Rolle, als durch diesen Umstand durch Behinderung des continuirlichen Abflusses der Galle das mechanische Wegschwemmen eventuell eingedrungener Infectionsträger nicht stattfinden konnte. Trotz der schon oben angedeuteten Incongruenz zwischen dem seltenen Vorkommen von Leberabscessen und der Häufigkeit von katarrhalischen Erkrankungen des Duodenums stehen im gegebenen Falle doch, wie mir scheint, obige Verhältnisse in ursächlichem Zusammenhang.

Der Menstruationszustand und die Menstruationspsychosen.

Von

Prof. P. J. Kowalewski.

(Charkow.)

(Fortsetzung).

III. Die klimakterische Periode. Die vorhergehende Betrachtung überzeugt uns davon, dass der Menstrualzustand immer und in allen Fällen auf den Organismus, und insbesondere auf das Nervensystem, mehr oder weniger erschütternd wirkt. Diese Einwirkung ist in verschiedenen Fällen nicht gleich und ist abhängig davon, ob der Menstrualzustand das erste Mal eintritt, oder aber bereits gewohnheitsmässig geworden ob er sich normal äussert oder in seinem Verlauf krankhafte Anomalien aufzuweisen hat. Unstreitig ist auch, dass die ersten Menstruationen auf den Organismus schärfer einwirken, als die nachfolgenden, gewohnheitsmässigen. Sie bringen in das Leben neue Elemente hinein, erwecken neue Empfindungen, schaffen neue Gedanken und dienen der künftigen Lebensfreudigkeit und Entfaltung zur Grundlage. Das ist ein Eintritt in ein Leben voll Hoffnungen, Erwartungen und Glück.

Einen anderen Zustand stellt die klimakterische Periode des Weibes dar. Der Organismus verblüht und macht den ersten Schritt auf dem Wege zum Ende.

Die klimakterische Periode des Weibes bleibt nicht ohne Einfluss auf das Geistesleben, indem sie sowohl physische, als auch psychische Veränderungen mit sich bringt. Wenn die ersten Menstruationen des Lebens stark wirken, so wirken die letzten ebenso stark, wenn man darunter nicht bloss das letzte Mal des Eintretens der Menstruationen, sondern eine ganze das weibliche Geschlechtsleben abschliessende Reihe versteht.

Das Seelenleben der Frauen beim Eintritt des klimakterischen Alters ist verschieden und diese Verschiedenheit wird vor allen Dingen durch die Verhältnisse des früheren Lebens bedingt. Es giebt Fälle, wo das Weib das Glück hatte zeitig und aus Liebe zu heirathen, sein ganzes Eheleben verlief ungestört; die Geburten waren nicht erschöpfend; es wurden gesunde Kinder geboren; alle wachsen sie heran, entwickelten sich und kamen glücklich vorwärts; besondere Krankheiten kamen nicht vor, — mit einem Wort: alles ging ausgezeichnet. Ein solches Weib muss für das ihm geschenkte seltene Glück Gott danken und ruhig, geduldig und verständig das ihm praedestinirte Ende erwarten. Freilich möchte Niemand freiwillig das Leben verlassen, jedenfalls aber war im vorherigen Leben des Weibes nichts (wenn es von gesunden Eltern abstammt), was sein Nervensystem besonders erschüttert und den Boden für krankhafte Erscheinungen im Nervensystem und auf psychischem Gebiet unter dem Einfluss von Veränderungen im Genitalapparat vorbereitet hätte. Wenn auch bei einem solchen Weibe irgend welche Anomalien in der Thätigkeit des Nervensystems vorkommen sollten, so wären es nur diejenigen, welche durch Störung des gewohnheitsmässigen Menstrualzustandes hervorgerufen werden; gewöhnlich erreichen diese Zustände in solchen Fällen keine grossen Dimensionen.

Wir können aber auch ein anderes Bild haben: Die Frau hat ohne Liebe und aus Noth geheirathet. Der Mann war ein Säufer, roh und untreu. Kinder wurden oft geboren. Die Geburten waren schwer und wurden von grossen Blutverlusten begleitet. Die einen Kinder waren krank und starben, die andern lernen nicht, thun nichts und sind eine Last. In der Familie ist Zank, Unordnung und Geldmangel. Die Mutter hat eine Frauenkrankheit, steht unter fortwährender ärztlicher Behandlung. Und nun nach 25—30 Jahren eines solchen Lebens betritt das Weib das klimakterische Alter. Physisch erschöpft, vom Leben ermüdet, ohne das Glück gekannt zu haben, nach einer Existenz voll Kummer und Unglück, ohne auf etwas Erfreuliches von früher oder in der Zukunft oder in der Gegenwart blicken zu können — lebt ein solches Weib in Verzweiflung und in der Hoffnung auf ein baldiges Ende. Eine solche physische und psychische Erschöpfung kann leicht auch der Boden für die Entwickelung einer beliebigen Neurose oder Psychose werden, wenn auch nur der geringste Anlass dazu eintritt. An und für sich ist das Leben so trostlos, dass Selbstmordgedanken nicht fern liegen. Wenn wir nun noch dazu die Veränderungen im Organismus unter dem Einfluss klimakterischer Veränderungen im Geschlechtsapparat hinzufügen, so drängt sich das Bild der Melancholie von selbst auf. Dieses Bild kann sich leicht verändern, wenn der Zustand durch ererbte Disposition und Entartungserscheinungen complicirt wird. Dann ändert sich das

[7]) Schmidt's Jahrb. XIX 1884. Bd. II. Abth. 1.

Krankheitsbild und an Stelle der passiven Verzweiflung des Melancholikers entwickeln sich die Verfolgungsideen des Paranoikers. Und thatsächlich entwickeln sich am häufigsten in dieser Periode diese beiden Psychosen; doch davon später.

Das sind die zwei Extreme im psychischen Zustand des Weibes zu der Zeit, wo sein Organismus zu altern beginnt. Es versteht sich von selbst, dass zwischen diesen beiden Zuständen eine grosse Reihe von Combinationen liegt.

Die Bedingungen des früheren Lebens sind ausschlaggebend, nicht selten werden wir in ihnen allein die Grundlage für die nervöse Zerrüttung finden. Zuweilen wirkt die retrospective Uebersicht über das eigene Leben zur Zeit des klimakterischen Alters so schwer auf das Weib, dass sie als psychisches causales Moment zur Entwickelung der Psychose oder doch wenigstens als ein günstiger empfänglicher Boden dienen kann, auf welchem unter dem Einfluss von Störungen des gewöhnlichen Verlaufs der Menstruationen ein pathologischer Zustand sich entwickelt.

Wenn wir den Seelenzustand des Weibes beim Beginn der klimakterischen Periode betrachten, müssen wir noch der sogenannten «alten Jungfern» gedenken. In jungen Jahren haben auch diese Mädchen ihre Ideale, ihre Hoffnungen, ihre Pläne und ihre Leiden gehabt. Auch sie hatten den Trieb zu lieben und geliebt zu werden, und hofften Frau und Mutter zu werden. Das Leben erfüllte aber nicht ihre Hoffnungen, ihre Wünsche, und befriedigte nicht ihr Sehnen. Die Einen tragen ohne Murren ihr Kreuz, indem sie ihre Kräfte, Kenntnisse und Liebe dem Nächsten zum Opfer bringen. Die Anderen äussern activen Protest in Form von Bosheit gegen die Umgebung, Feindschaft, Klatschereien u. s. w. Dadurch werden die zwei Haupttypen der alten Jungfern bestimmt. Die einen von ihnen bringen ihren Verstand und ihre Seele zum Nutzen der Gesellschaft dar und erscheinen als selbstlose barmherzige Schwestern, unermüdliche Aerztinnen, unersetzliche Lehrerinnen und Erzieherinnen, fanatische politische Agenten u. s. w. Diese Personen hören auf für sich selbst zu leben. Sie ertödten im vollen Sinne des Wortes ihr Fleisch und leben von höheren sittlichen Regungen. Ihr Geschlechtsleben wird getödtet und solche Frauen bleiben ewig Jungfrauen — moralisch und physisch. Wenn unter dem Einfluss pathologischer Erblichkeit, schlechter Lebensbedingungen, erschöpfender Krankheiten u. s. w. eine Psychose entsteht, so nehmen hier auch Hallucinationen und phantastische Ideen sehr selten geschlechtlichen Charakter und eine niedrige Färbung an. Diese Lebensseite scheint bei ihnen gleichsam atrophirt zu sein. Ihre Krankheit äussert sich entweder durch einfache und stuporöse Melancholie oder durch religiöses Phantasiren oder durch andere Störungen; der erotische Charakter aber ist den meisten dieser Frauen fremd.

Die zweite Gruppe der alten Jungfern ist anders. Diese Personen sind mit dem Leben unzufrieden, reizbar, zänkisch, neidisch und boshaft. Sie sind rachsüchtig, nachtragend, verleumden oft, klatschen, prahlen mit ihrer Unschuld und entschuldigen nie Uebertretungen auf diesem Gebiet. Dabei verlieren viele von ihnen nicht die Hoffnung auf die Zukunft, träumen für sich hin, phantasiren, durchleben Scenen von nichts weniger als reinem Charakter, scheuen sich nicht vor dem Missbrauch und der anormalen Befriedigung des geschlechtlichen Bedürfnisses, wobei das fehlende Object durch ein Phantasiegebilde ersetzt wird. Unter dem Einfluss solcher anormaler Lebensbedingungen leiden solche Frauen oft an Nervenkrankheiten: Migräne, Neuralgie, Kopfweh, Gramanfällen, Rückenschmerzen, Entkräftung, Blutarmuth, Frauenkrankheiten u. s. w. Das Alles giebt beim Eintritt des klimakterischen Alters einen ausgezeichneten Boden für die Entwickelung von Geisteskrankheiten, wobei sich bei diesen Personen sehr oft Hallucinationen im Gebiet des geschlechtlichen Gefühls, Gesichts- und Gehörshallucinationen erotischen Charakters, phantastische Ideen desselben Inhalts, erhöhte geschlechtliche Erregbarkeit, Streben nach anormaler geschlechtlicher Befriedigung, Hang zum Obscönen u. s. w. entwickeln.

Dieses ist der psychische Boden bei einer Frau, welche das klimakterische Alter erreicht; diese Periode fällt nach der Ansicht von Mann[33]) vorzüglich in das Alter von 44 bis 48 Jahren. Als wichtigste Aeusserung dieser Periode regressiver Entwickelung des Organismus dient das Aufhören der geschlechtlichen Erscheinungen, wobei auch die Organe selbst zu atrophiren beginnen. Zugleich tritt ein allmähliches Schwinden der Menstruationen ein. Diese beginnen in der Zeit zu verspäten, werden spärlicher, lassen Termine aus, treten nach 2, 3—4 Monaten ein und hören endlich ganz auf. Solche Schwankungen dauern anderthalb bis 2 Jahre und werden stets von verschiedenen Störungen im Gebiete des Nervensystems begleitet. Diese Störungen kommen im Laufe der ganzen Zeit des Aufhörens der Menstruationen vor, sind aber schwankend. Verschlechterungen fallen gewöhnlich in die Zeit der Menstruationen, besonders aber in die Zeit, wo sie ausbleiben. Dabei erscheinen verstärkte Kopfschmerzen, Schwindel, Blutandrang zum Kopfe, Gefühl der Hitze und des Brennens im Kopfe, Brennen, Ziehen, Schmerzen und Druck in den Lenden und im Unterleib, Anfälle von Herzklopfen, Gramanfälle, Schlaflosigkeit, hysterische Erscheinungen, Erneuerung epileptischer Anfälle und Geistesstörungen.

Wenn wir die gewöhnliche Menstrualperiode des Weibes für eine sein Nervensystem belastende Bedingung und vom juridischen Standpunkt aus als einen die Schuld mildernden Umstand ansehen, so verdoppelt das klimakterische Alter die Belastung des Nervensystems und mildert die Schuld an der abnormen Handlungsweise.

Ein solches Weib ist reizbarer, weniger zurückhaltend, unvorsichtiger, weniger vernünftig. Der Grad der verschiedenen Anomalien im Gebiet des Nervensystems befindet sich in Abhängigkeit von vielen Bedingungen und Umständen. In erster Linie steht hier pathologische Vererbung. In der zweiten — ungünstige psychische und physische Lebensbedingungen.

Geisteskrankheiten sind im klimakterischen Alter so häufig, dass in der psychiatrischen Literatur sich sogar der Terminus «klimakterisches Irresein» eingebürgert hat. Fast in allen Leitfäden kann man einen Hinweis auf diese Form von Irresein finden; es ist aber kein Grund vorhanden, ein klimakterisches Irresein sui generis anzunehmen, wie es Maydsly[34]) will. Dabei können sich die verschiedenartigsten Psychosen äussern: sowohl Paranoia als auch Melancholie und Manie; die ganze Eigenthümlichkeit, weshalb sie «klimakterisch» genannt werden, besteht darin, dass sie die klimakterische Periode als letztes causales Moment haben. Freilich bleibt diese Periode nicht ohne Einfluss auf die Aeusserung der Krankheit — sie drückt ihren Stempel dem klinischen Krankheitsbilde auf, sie verleiht der Krankheit ein eigenartiges Gepräge, — nichtsdestoweniger sind diese Eigenthümlichkeiten nicht so gross, dass sie als eine besondere Form von Psychose abgesondert zu werden brauchen.

Das klimakterische Irresein tritt in zwei Erscheinungsformen auf: eine Reihe von Fällen verläuft periodisch und passt sich gleichsam den eintretenden oder eintreten sollenden Menstruationsperioden an, in einer anderen Reihe steht die Psychose nicht in directer Verbindung mit der Menstruation und wird gleichsam durch alle Erscheinungen der klimakterischen Periode bedingt. Daher

[33]) Mann. A manuel of psychological medicine, 1883, p. 258.

[34]) Maydsly, Физіологія и патологія души.

bei Wien gestorben ist. Einen ausführlicheren Nekrolog des grossen Gelehrten, welcher sich namentlich um die Anatomie des Menschen unsterbliche Verdienste erworben hat, bringen wir in der nächsten Nummer.

— Der berühmte Physiker Prof. Dr. Helmholtz in Berlin ist von einem Schlaganfall betroffen und in Folge dessen linkseitig gelähmt.

— Der Chef der militär-medicinischen Academie tritt in diesen Tagen einen längeren Urlaub an und wird während seiner Abwesenheit von dem Professor der Academie Dr. Winogradow vertreten werden.

— Wie verlautet, ist der Professor der Syphilidologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. W. M. Tarnowski, auf weitere 3 Jahre im Lehrkörper der Academie belassen worden.

— An Stelle des zum Director des Instituts für Experimentalmedicin in St. Petersburg berufenen Professors Dr. Lukjanow ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. N. G. Uschinski zum Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Warschauer Universität ernannt worden.

— Ordensverleihungen: St. Annen-Orden II. Classe — dem Ehrenmitgliede des Poltawaschen Gouvernements-Curatoriums der Kinderasyle, Staatsrath Dr. Mandelstamm. St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Ehrenmitgliede des Mohilewschen Gouvernements-Curatoriums der Kinderasyle, Staatsrath Dr. Preusfreund.

— Verabschiedet: Der Professor der Dermatologie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Polotebnow, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 13. Juni in Ssoroki (Bessarabien) der Landschaftsarzt Franz Roschtschkowski an Tabes dorsualis. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Kiewer Universität erhalten, an welcher er i. J. 1863 den Arztgrad erlangte. Nach Absolvirung seiner Studien war R. anfangs Kreisarzt in Wolhynien mit einer Gage von nur 190 Rbl. jährlich, darauf nach Einführung der Landschafts-Institutionen Arzt der Landschaft im Gouv. Pleskau. Während des letzten türkischen Feldzuges fungirte er als Arzt bei einem Sanitätstrain und nahm nach dem Kriege die Stelle eines Landschaftsarztes in Ssoroki an, wo er bis zu seinem Tode thätig war. Obschon der Verstorbene unverheirathet und ein beliebter und vielbeschäftigter Arzt war, so hat er, wie ein College im «Wratsch» mittheilt, doch nur 5 Rbl. hinterlassen. 2) In Bugurusslan der dortige Stadtarzt Agathon Wichorew im 41. Lebensjahre. Der Verstorbene leitete auch das örtliche Gefängnisshospital. 3) Der Landschaftsarzt im Kreise Bugurusslan Al. G. Kryzanowski im Alter von 37 Jahren. 4) In Giessen am 5. Juli n. St. der Senior der dortigen medicinischen Facultät, Geh. Medicinalrath Dr. Wilbrand, im 83. Lebensjahre. Der Heimgegangene war Professor für gerichtliche Medicin und Hygiene, hatte aber seine Lehrthätigkeit bereits vor längerer Zeit aufgegeben. 5) In Magdeburg der Oberarzt am städtischen Krankenhause, Geh. Sanitätsrath Dr. Hagedorn. Der Verstorbene war früher Assistent bei Johannes Müller und B. von Langenbeck und genoss sowohl als Operateur, wie auch als chirurgischer Schriftsteller einen ausgezeichneten Ruf.

— S. Majestät der Kaiser hat den Aerzten am hiesigen, von den deutschen Reichsangehörigen gegründeten Alexander-Hospital für Männer, DDr. A. Schwanebach und N. Höhlein, zum Tage des zehnjährigen Bestehens dieses Hospitals den St. Stanislaus-Orden III. Classe zu verleihen geruht.

— Den Studirenden des V. Cursus der militär-medicinischen Academie Jemeljanow, Pikkemo, Sembrzizki und Topalski sind für ihre nutzbringende Thätigkeit bei der Bekämpfung der Choleraepidemie im Jahre 1892 goldene Medaillen, am Annenbande auf der Brust zu tragen, Allerhöchst verliehen worden.

— Von der militär-medicinischen Academie wird der Professor der gerichtlichen Medicin und Toxikologie, Dr. Iwanowski als Delegirter zum internationalen hygienischen Congress in Budapest und der Professor der Pharmacie Dr. Przibytek als Delegirter zum internationalen Chemiker-Congress in Brüssel abcommandirt. Jeder der Delegirten erhält 500 Rbl. zur Bestreitung der Ausgaben.

— An Stelle des jüngst verstorbenen Professors Dr. Kundt ist der Director des physikalischen Instituts der Universität Strassburg, Prof. Dr. Friedr. Kohlrausch, auf den Lehrstuhl der Physik an der Berliner Universität berufen worden.

— Der Professor der Hygiene an der Universität Breslau, Dr. Flügge, hat den Ruf erhalten, die durch Uebersiedelung Prof. Renk's nach Dresden (als Director des Gesundheitsamt) erledigte Professur der Hygiene in Halle zu übernehmen.

— Prof. Stellwag v. Carion, welcher von seiner Thätigkeit als Director der ersten Augenklinik in Wien aus Altersrücksichten zurücktritt, hat sich am 5. Juli nach Schluss der Vorlesung von seinen Schülern verabschiedet und dieselben ermahnt, stets wahre Humanität zu pflegen und dem Kranken nicht nur Arzt, sondern auch Freund zu sein.

— Die Zahl der Universitäten im Russischen Reiche beträgt gegenwärtig 10. Die Gesammtzahl der Studirenden beläuft sich auf 16,202, die sich auf die einzelnen Universitäten folgendermaassen vertheilen: in Moskau studiren 3888, in Kiew 2244, in St. Petersburg 2225, in Helsingfors 1875, in Jurjew (Dorpat) 1650, in Warschau 1335, in Charkow 1200, in Kasan 825, in Odessa 555 und in Tomsk 405.

— Sämmtliche 20 Universitäten des deutschen Reiches zählen im laufenden Sommerhalbjahr im Ganzen 28,105 Studirende, darunter 7999 Mediciner.

— Auf den 4 holländischen Universitäten studirten im letzten Jahre 2972 Personen, darunter 19 Frauen.

— Die Zahl der Gesuche um Aufnahme in die militär-medicinische Academie hat, obschon der letzte Termin zur Aufnahmemeldung erst am 15. Juli abläuft, zu Ende des Juni-Monats bereits die Ziffer 150 erreicht. Aus dieser Zahl haben, wie die Tagesblätter mittheilen 20 Bittsteller den Gymnasialcursus mit goldenen oder silbernen Medaillen absolvirt und ca. 100 Personen bei den Maturitätsprüfungen die Durchschnittsnummer über 4 erhalten. Juden und verheirathete Personen werden nicht aufgenommen.

— Wie die «Lancet» erfährt, soll Dr. Kitasato in Japan (bekanntlich ein Schüler Robert Koch's) den specifischen Bacillus der Pest entdeckt haben.

Dr. Joh. Antal, Assistent am pharmakologischen Institut des Prof. Bokai in Budapest, hat in der dortigen Gesellschaft der Aerzte die Mittheilung gemacht, dass er in dem Cobalt Nitrat ein sicheres Antidot gegen Cyankalium gefunden habe. Das Cyankalium wird dadurch unschädlich gemacht, dass das Cobalt Nitrat eine unlösliche Verbindung mit demselben bildet.

— In St. Petersburg ist vor Kurzem eine Vergiftung vorgekommen, indem aus dem Apotheker-Magazin auf Nevsky (Nr. 27) einem alten Manne als Abführmittel statt Bittersalz durch ein Versehen Zincum sulfuricum abgelassen worden war. Der Ausgang der Vergiftung ist noch nicht bekannt.

— In Hamburg ist die neucreirte Stelle eines ärztlichen Directors des Alten Allgemeinen Krankenhauses zu besetzen, welcher dem Verwaltungsdirector desselben coordinirt ist. Bisher wurde das Alte Allg. Krankenhaus von dem ärztlichen Director des Neuen Allgemeinen Krankenhauses geleitet. Der Director des Alten allg. Krankenhauses wird von nun an die ärztliche Direction desselben selbstständig führen und gleichzeitig eine Abtheilung für innere Krankheiten als Oberarzt leiten. Die Stelle ist mit einem pensionsfähigen Gehalt von 10,000 Mark dotirt, welches in zwei fünfjährigen Stufen von je 1000 Mark bis 12,000 Mark steigt. Consultative Praxis ist gestattet.

— Berlin erhält in nächster Zeit ein Sanatorium für Unbemittelte, welches die Berliner Versicherungsanstalt auf einem der Stadt Berlin gehörigen Gute auf eigene Kosten für solche eingerichtet, die für die Alters- und Invaliditätsversicherung versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsanstalt hat sich dabei von der Erfahrung leiten lassen, dass sehr häufig Leiden vorkommen, die an sich keine Erwerbsunfähigkeit bedingen, aber, wenn nicht rechtzeitig durch eine energische Cur und durch Aufenthalt unter günstigen hygienischen Bedingungen eingeschritten wird, die Gesundheit untergraben. Es sollen auf dem Gute, welches ausser dem geräumigen Schlosse, einen 60 Morgen grossen alten Park enthält, vorläufig 70 Männer Unterkommen finden. Ausgeschlossen sind Unheilbare, sowie solche Personen, deren Leiden den Eintritt einer Invalidität nicht befürchten lässt; ferner Schwindsüchtige, Geisteskranke und mit ansteckenden Krankheiten behaftete Personen. Falls sich dieses human angelegte Institut für Männer bewährt, soll eine ähnliche Einrichtung für Frauen geschaffen werden. (A. m. C.-Ztg.).

— Die Verwaltung des V. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte, welche den ersten Band der Congressverhandlungen (Труды) im Juli-Monat herauszugeben und zu versenden beabsichtigt, ersucht die Herren Mitglieder des V. Congresses, bei denen Veränderungen der Adresse vorgekommen sind, solche baldmöglichst dem Secretär der Verwaltung Prof. W. K. Анрер (С.-Петербургъ, Кузнечный переулокъ, д. № 20) mitzutheilen.

— Cholera. Die diesjährige Choleraepidemie tritt wider Erwarten mit einer solchen Heftigkeit auf, dass die Epidemien der beiden vorhergehenden Jahre von ihr vollkommen in den Schatten gestellt werden. Während in den vorigen Epidemien selbst in der Akme die höchste Zahl der täglichen Erkrankungen nie die Ziffer 156 überstieg, sind in diesem Jahre vom 1.—6. Juli an den einzelnen aufeinander folgenden Tagen

171, 218, 158, 196, 208, 197 Neuerkrankungen vorgekommen. Die Zahl der Todesfälle betrug in diesem Zeitraum an den einzelnen Tagen 50, 69. 69, 79, 82 und 93. Seit dem 30. Juni Mittags sind bis zum 6. Juli Mittags 1148 Neuerkrankungen und 442 Todesfälle vorgekommen. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 6. Juli 1775 Personen an der Cholera erkrankt, 668 gestorben und 293 genesen. In Behandlung verblieben am 6. Juli 813 Cholerakranke.

In Kronstadt sind vom 26. Juni — 1. Juli 57 Personen erkrankt und 15 gestorben. Neu aufgetreten ist die Cholera im Gouvernement Estland, wo im Dorfe Serenez, am Peipussee vom 19.—25. Juni 7 Erkrankungen mit 3 Todesfällen an der Cholera constatirt wurden, und im Gouvernement Olonez, wo vom 22.—27. Juni 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle vorgekommen sind. In's Dorf Serenez am Peipussee ist die Seuche nachweislich durch 6 aus Kronstadt zurückgekehrte Fischer eingeschleppt worden. In den Gouvernements Warschau, Kowno, Kjelce, Plozk herrscht die Seuche ungeschwächt fort.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Juli d. J. 6658 (583 mehr als in der Vorwoche), darunter 264 Typhus — (5 mehr), 757 Syphilis — (48 mehr), 66 Scharlach — (4 mehr), 15 Diphtherie — (5 weniger), 40 Masern — (22 weniger), 23 Pocken- — (5 mehr) und 623 Cholerakranke (537 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Juni bis 2. Juli 1894.

Zahl der Sterbefälle:

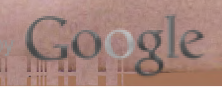
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
591	418	1009	161	65	148	20	10	58	146	146	103	50	56	29	12	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 32, Scharlach 12 Diphtherie 11, Croup 3, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 349, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 153, Todtgeborene 28.

Дозв. ценз. Спб. 8 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



schlägt Bartel[35]) vor, die erste Form «klimakterisches pseudomenstruales» Irresein zu nennen.

Bartel führt folgenden Fall eines solchen Irreseins an:

Eine Frau, 45 Jahre alt, hatte bereits von 4—5 Jahren die Regeln verloren. Früher war sie völlig gesund, kaum aber war die klimakterische Periode eingetreten, so fing sie an zu leiden: jedesmal, wenn die Menstruation hätte eintreten müssen und nicht eintrat, litt Pat. an Blutandrang, Hitzegefühl im Kopfe, Angstanfällen. In einer solchen Zeit dachte sie an Selbstmord. Solche Zustände erneuerten sich alle 28 Tage. Der Selbstmordversuch ging unter folgenden Bedingungen vor sich: sie wusch Geschirr, es wurde ihr dunkel vor den Augen, das Blut schoss in den Kopf und dann erinnerte sie sich an nichts mehr.

Die Psychosen, welche in Abhängigkeit vom klimakterischen Zustande überhaupt entstehen, können in allen bekannten Formen vorkommen: Anxietas praecordialis, Melancholia, Mania, Amentia, Paranoia u. a. Obgleich sie an und für sich nichts Besonderes und Charakteristisches für die klimakterische Periode vorstellen, so tragen sie doch ein Gepräge, an welchem bis zu einem gewissen Grade der Einfluss dieses kritischen Zustandes erkannt werden kann. So tritt die Anxietas praecordialis in mehr oder weniger regelmässigen Anfällen auf, welche der Zeit der zu erwartenden Menstruationen entsprechen. Dasselbe kann auch von den periodischen Exacerbationen hysterischer und epileptischer Anfälle gesagt werden. Sehr oft treten auch zu dieser Zeit plötzliche Veränderungen in der Gemüthsstimmung und dem Charakter nach dieser oder jener Seite ein, ohne dass ein solcher Zustand die Form von Melancholie oder Manie annimmt. Die Melancholie des klimakterischen Alters kommt namentlich bei verheirateten Frauen vor, besonders unter ungünstigen Lebensverhältnissen, und ist oft von Selbstmordversuchen begleitet. Mann[36]) sagt, dass diese Formen der Depression von leidenschaftlichen Regungen, phantastischen Ideen und Hallucinationen gleichfalls deprimirenden Charakters begleitet würden. Manchmal verläuft die Melancholie mit hypochondrischer Färbung oder aber mit Wahnideen religiösen Inhalts u. s. w. Nicht selten kommen Verfolgungswahn und erotische Wahnideen hinzu. Manie ist eine ziemlich seltene Erscheinung der klimakterischen Periode und wenn sie auftritt, so stellt sie den Ausbruch geschlechtlicher Regungen, Leidenschaften, Hallucinationen, phantastischer Ideen und schmutziger Handlungen dar. Diese Aeusserungsform kommt am häufigsten bei Wittwen, alten Jungfern von nicht hoher Sittlichkeit und überhaupt bei Personen mit unbefriedigtem geschlechtlichem Bedürfniss vor oder bei solchen, welche diese Seite des Lebens allzusehr missbraucht haben. Auch Amentia kommt in dieser Periode vor, selten aber in maniakaler Form, häufiger in Verbindung mit der Menstruation in Form einer periodischen Psychose, oder aber in Form einer ununterbrochenen mit entsprechenden Exacerbationen in der Menstrualperiode, und äussert sich oft durch hochgradigen Erotismus.

Viel häufiger ist dem klimakterischen Zustande Paranoia eigen. Gewöhnlich kommt sie bei alten Jungfern mit psychopathischer Prädisposition vor. Die Phantasie solcher Personen concentrirt sich stets auf Männer. Sie merken, dass die Männer überhaupt, besonders aber einige, sie ansehen, mit ihnen liebäugeln, Andeutungen machen, Zeichen geben und besondere Aufmerksamkeit auf sie lenken. Die gewöhnlichsten, natürlichsten, allgemein angenommenen Höflichkeitsformen werden bei der krankhaft gesteigerten Beobachtung solcher Frauen als Ausdruck einer besonderen Umwerbung und Aufdringlichkeit gedeutet. Mit stockendem Herzen und besonderer Verliebtheit laufen sie diesen Männern nach und schreiben ihre eigene übermässige Aufmerksamkeit den Männern in Bezug auf ihre Person zu. Oft wird diese Periode der krankhaft gesteigerten Beobachtung auch von geschlechtlichen Missbräuchen in Form von Masturbationen u. s. w. begleitet. Nicht selten haben solche Degenerirte wollüstige Traumbilder. Oft treten Hallucinationen im Gebiete geschlechtlicher Sensationen, oder in Form vermeintlicher Angriffe auf ihre Jungfräulichkeit ein. Alle diese Zustände gehen bald in Verfolgungs- und Argwohnsideen über. Dabei nimmt die Verfolgungsidee einen ziemlich sonderbaren, sich namentlich in der klimakterischen Periode äussernden Charakter an. Die Kranken meinen, dass dieser oder jener, oft unbekannte und sogar in einer andern Stadt lebende Mann mit ihnen in geistige und leibliche Verbindung tritt. Diese Beziehungen werden namentlich nachts auf dem Wege des Hypnotismus, Spiritismus und der Elektricität unterhalten. Die Kranke setzt solchen Personen durch Briefe zu, glaubt sich mit ihnen in gesetzlicher Verbindung und gewährt ihnen deshalb nicht selten das Vergnügen, ihre Rechnungen und Einkäufe zu bezahlen. Besonders oft hat in dieser Richtung die katholische Geistlichkeit zu leiden, welche gemäss ihrer Pflicht in eine nähere geistliche Beziehung zu Allen tritt. Nicht selten werden solche Frauen aus Verfolgten zu Verfolgerinnen, indem sie ihre Opfer mit Briefen überschütten, ihnen Eifersuchtscenen machen und zuweilen auch Skandalscenen nicht scheuen. Ein solcher Liebeswahn wird nicht selten von geschlechtlichen Hallucinationen und Ideen begleitet, wobei solche Kranke sich für schwanger, entehrt und in Verkehr mit der einen oder der anderen Person halten, die sie oft nicht einmal kennen. In eine besonders schlimme Stellung kommen in dieser Hinsicht die Aerzte, welche nicht selten solche Patientinnen unter vier Augen vornehmen müssen und dabei nicht wissen, mit wem sie es zu thun haben. Oft wird ein solcher Verfolgungswahn von Anfällen offenbarer Nymphomanie begleitet, wo wiederum der unvorbereitete Arzt nicht selten in eine äusserst unangenehme Lage kommt. In einigen Fällen tritt bei solchen Personen Entartung des geschlechtlichen Instinctes ein und sie fangen an, Neigung zu Personen ihres Geschlechts zu empfinden, wie ich es auch mehrmals beobachten konnte[37]).

Dieser Wahn der Verfolgung seitens der Männer, auf dem Wege des Hypnotismus, Spiritismus, Telephons u. s. w. vereint mit dem geschlechtlichen Wahn und nymphomanischen Aeusserungen, erscheint so oft im klimakterischen Alter, dass er als klimakterisches Irresein par excellence gelten kann. Sehr oft hat diese Krankheitsform einen alten hysterischen Zustand zur Grundlage, aus welchem unter dem Einfluss gewisser Veränderungen im Organismus, durch das Hinzutretens von Gesichts-, Gehörs-, Geruchs-, Tastsinns- und Geschlechtshallucinationen sich ein ausgesprochener Wahn, wie z. B. im Falle Paris[38]), entwickelt.

Es muss also als unterscheidendes Merkmal des klimakterischen Irreseins, und besonders der Paranoia, die besondere Aeusserung des Erotismus anerkannt werden. Als zweites unterscheidendes Merkmal des klimakterischen Irreseins soll nach Garat[39]) das ziemlich intacte Bewusstsein bei den Kranken dienen, so dass das im vollen Sinne des Wortes eine «folie emotife et folie avec conscience» sein würde. Aber dieser letztere Zug kann schwerlich für eine klimakterische Psychose charakteristisch sein. Die Sache ist die, dass Psychosen im klimakterischen Alter namentlich bei Belasteten und Degenerirten vorkommen, und dass das grössere oder geringere Erhaltenbleiben des

[35]) Bartel, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1887.

[36]) Mann. A manuel of psychological medicine, 1883, 258.

[37]) Проф. П. И. Ковалевскій. Судебно-психіатрическіе анализы.

[38]) Paris. Folie hysterique, Annales de psychiatrie et d'hypnologie. 1891.

[39]) Garat. Influence de la menopause sur le développement de la folie, 1892.

Bewusstseins gerade den unterscheidenden Zug degenerativer Psychosen ausmacht. Ausserdem weist Garat als auf ein unterscheidendes Merkmal des klimakterischen Irreseins auf das stark ausgeprägte Eifersuchtsgefühl und den Eifersuchtswahn hin.

Das ist richtig. Oft habe ich im klimakterischen Alter eine übermässige Aeusserung der Eifersucht und des Verfolgungswahnes, und zwar in Form von Eifersucht, beobachten können. Ich muss aber hinzufügen, dass Eifersuchtswahn sich stets bei solchen Personen entwickelte, welche auch im früheren Leben recht eifersüchtig gewesen waren, so dass in diesen Fällen der pathologische Zustand nur als eine übermässige Steigerung des gewöhnlichen Zustandes zu betrachten ist.

Ausser diesen völlig formirten Psychosen erscheinen bei Degenerirten im klimakterischen Alter impulsive Anfälle von psychischen Erkrankungen in Form von Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie, Exhibitionismus, eines unbändigen Hanges zum Selbstmord, Mord, Kindsmord u. s. w.

Diese episodischen Erscheinungen sind meist mit Menstrualstörungen verbunden und treten am häufigsten während der Periode ein, wo die Menstruationen eintreten müssten, aber nicht eintreten. Wenn die klimakterische Periode bei einem Weibe eintritt, welches bis dahin an einer Psychose litt, so bleibt sie nicht ohne Einfluss auf den Verlauf und Ausgang der Psychose. In einer ungeheuren Mehrzahl der Fälle tritt eine Verschlimmerung der Psychose ein, und nur in sehr seltenen Fällen wirkt die klimakterische Periode wohlthätig im Sinne einer Vernichtung oder Abschwächung einer bis dahin existirenden Nervenkrankheit. In dieser Hinsicht unterliegt folgendes Factum keinem Zweifel: Migräne und Hysterie beginnen beim Eintreten der klimakterischen Periode schwächer zu werden und hören in sehr vielen Fällen ganz auf. Ich persönlich habe sowohl ähnliche Facta, als auch Fälle von Genesung von chronischer Manie beobachten können, wenn auch im Charakter solcher Frauen auf immer eine leichte Erregbarkeit und Heftigkeit nachblieb. Matusch[40]) hat in 60 Fällen stabiler Psychosen beobachten können, dass unter dem Einfluss der klimakterischen Periode in 14 Fällen Verschlimmerung und in 13 Veränderung des Krankheitscharakterseintrat, wobei die Erregtheit durch Apathie und Schwachsinn ersetzt wurde.

Was die Prognose bei Menstrualpsychosen überhaupt anbetrifft, so ist sie fast in allen Fällen bei den ersten und gewöhnlichen Menstruationen mehr oder weniger günstig. Da der Menstrualzustand an und für sich keine Psychose hervorruft, sondern ein ihre Aeusserung förderndes Moment ausmacht, so ist es klar, dass der Ausgang in diesen Fällen wesentlich von der Beseitigung ungünstiger Verhältnisse abhängen wird: Schwächung des Einflusses pathologischer Vererbung, Beseitigung ungünstiger Lebensbedingungen, Heilung verschiedener Nebenkrankheiten, Beseitigung der Menstrualstörungen regelmässige Lebensweise, gehörige Nahrung u. s. w.

Jedenfalls müssen die Menstrualpsychosen zu den leicht zu beseitigenden und günstigeren Erkrankungen gezählt werden.

Viel schlimmer ist die Prognose beim klimakterischen Irresein. Abgesehen von allen obengenannten ungünstigen Daseinsbedingungen gesellt sich hier noch die regressive Metamorphose der Gewebe hinzu, wobei dieser physiologische und obligatorische Zustand den Organismus den degenerativen Zuständen gleichstellt. Daher kommt es auch, dass Psychosen der klimakterischen Periode sehr oft die Form impulsiver und degenerativer Psychosen annehmen; deshalb darf man die klimakterischen Psychosen nicht so leicht nehmen wie die Menstrualpsychosen. Das sind keine senilen Psychosen, sondern solche, welche unter ungünstigen Bedingungen in senile Psychose überzugehen geneigt sind. Merson[41]) beobachtete beim klimakterischen Irresein 47—59 pCt. günstigen Ausgang; andere Beobachter sind geneigt, sich der Ansicht von Schlager anzuschliessen, der bedeutend öfter einen schlimmen Ausgang gesehen. Schüle's[42]) Ansicht nach ist in diesem Alter besonders gefährlich die Möglichkeit der Entwickelung atrophischer Gehirnprocesse (Encephalitis atheromatosa) mit apoplektischen und epileptischen Anfällen.

(Schluss folgt).

[40]) Matusch, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie B. XLVI, Heft. 1.

[41]) Merson, West riding asyl med. Rep. 1872.

[42]) Schüie, Душевныя болѣзни, 205.

Referate.

E. von Esmarch: Ueber Sonnendesinfection. (Zeitschr. für Hygiene und Infections-Krankheiten. H. 2. Bd. XV.)

Anfangs weist der Verf. darauf hin, dass die bakterientödtende Kraft der Sonne bereits für eine ganze Reihe von Bakterien nachgewiesen ist; so für Milzbrand, Pneumonie, Typhus, Staphylococcus aureus, namentlich für den Tuberkelbacillus, welcher den Sonnenstrahlen nur sehr kurze Zeit widersteht. Ja selbst in Wasser suspendirte Keime können durch die Sonne getödtet werden. Es lag in Folge dessen nahe zu untersuchen, in wieweit man diese Eigenschaften der Sonnenstrahlen behufs Desinfection verwerthen könnte. Die Experimente wurden in der Art ausgeführt, dass Möbelüberzüge, Bettkissen mit verschiedenem Inhalte und vor Allem auch Felle mit Reinculturen pathogener Mikroorganismen beschmutzt und hierauf der Sonnenwirkung ausgesetzt wurden.

In Hinsicht der Desinfection ergaben sich hierbei recht unbefriedigende Resultate. Zwar kommt der Sonnenbestrahlung in Bezug auf die oberflächlichen Schichten eine nicht unbedeutende Wirkung zu, diese letztere nimmt jedoch sehr rasch ab, sobald die Bakterien durch darüberliegende Stofflagen geschützt werden, namentlich aber, wenn diese dunkelfarbig sind. Dieses nach 8—10-stündiger Belichtung. Aber auch eine tagelang andauernde Sonnenbestrahlung gab keine wesentlich besseren Ergebnisse und nur die Diphtheriebacillen wurden auch im Inneren von Kissen zu Grunde gerichtet, nicht aber in der Tiefe eines Schaafspelzes. Staphylococcen widerstanden jedoch auch in dieser Versuchsreihe. Bei Möbelstoffen war das Resultat ein gleich wenig günstiges, so dass wir in der Sonnenbestrahlung ein brauchbares Desinfectionsmittel für die Praxis nicht besitzen. Eine Ausnahmestellung nimmt hier blos der Cholerabacillus ein, eventuell auch derjenige der Diphtherie.

Interessant sind auch die Versuche mit dem Absprayen von Möbelstoffen, Kissen und Fellen, welche mit Abscesseiter inficirt und sehr sorgfältig mit Carbollösung behandelt wurden. Eine 2 pCt. Lösung erwies sich nicht stärker, als die Sonnenwirkung, bei einer 5 pCt. scheint eine Desinfection bloss bei Möbeln und Kissen eingetreten zu sein. Eine Warnung, nicht zu sehr auf die öffentlichen Desinfectionskammern zu bauen.

W. Gerlach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Albert Eulenburg: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. III. Auflage. Bd. 2. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1894.

In bemerkenswerth kurzer Frist nach dem ersten Bande ist der zweite erschienen. Er enthält die Artikel «Antiseptica» bis «Bauche» und weist zahlreiche Umarbeitungen, Nachträge und neue Artikel auf. Besonders hervorragend sind die Artikel: Arterien, Arteriosklerose, Asthma, Augenverletzungen, Bakterien (mit zwei schönen Farbentafeln). Sehr dankenswerth ist die Aufnahme folgender neuer Artikel: Arbeiterschutz (Wernich), Arthrodese (Schüller), Autoinfection (Schwalbe), Autointoxication (Samuel), die in ausgezeichneter Weise auf der Tagesordnung stehende Fragen behandeln. Auch dieser Band ruft Bewunderung für die Intensität und Schnelligkeit hervor, mit der der Herausgeber und seine Mitwirkenden arbeiten, um in jeder Beziehung den Forderungen der Gegenwart gerecht zu werden. Mit Spannung erwarten wir die Fortsetzung des grossen Werkes.

W.

Tafeln und Schriftproben zur Bestimmung der Sehschärfe. Zusammengestellt von den Aerzten der St. Petersburger Augenheilanstalt. 2. verbesserte Auflage. St. Petersburg — C. Ricker. 1893. Druckerei Boehnke.

Diese Sehproben, die sich bereits in erster Auflage (1885) allgemeine Anerkennung erworben, erscheinen in der zweiten noch wesentlich verbessert und vervollständigt; sie bestehen aus 5 Tafeln (Zahlen, russische und lateinische Buchstaben, Punkt- und Strichproben, Figuren zur Feststellung von Astibmatismus) und einem Heft mit Leseproben. Gleich manchen andern in neuerer Zeit herausgegebenen Sehproben, sind auch diese nach dem Meter- und Decimalsystem angeordnet. Die Entfernungen sind in Metern angegeben, die entsprechenden Grade der Sehschärfe in Decimalbrüchen ausgedrückt. Vor andern Proben haben sie den Vorzug, dass sie international sind, denn das Heft enthält Lesestücke in neun Sprachen: (russisch, deutsch, polnisch, finnisch, französisch, englisch, schwedisch, italienisch, spanisch), eine jede Sprache in zwei Drucksorten. Diese sprachliche Vielseitigkeit, sowie die tadellose Ausführung und der sehr mässige Preis lassen erwarten, dass die Sehproben der St. Petersburger Augenheilanstalt im Inlande sowohl wie im Auslande Verbreitung finden werden. In der ophthalmologischen Presse haben sie bereits eine sehr beifällige Kritik erfahren.

B.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. April 1894.

1. Dr. Victor Schwartz demonstrirt einige Echinococcusblasen, welche sich bei einer Thorakotomie wegen eitriger Pleuritis bei einer Frau entleerten; dieselben sind in diesem Fall als Ursache der eitrigen Pleuritis aufzufassen.

2. Dr. Feiertag (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag über chronische Hypersecretionszustände des atonischen resp. ektatischen Magens. Nach Schreiber und Rosin secernirt der gesunde, nüchterne Magen stets mehr oder weniger grosse Mengen, bis 60 Ccm. specifischen Saftes, es besteht eine normale continuirliche Saftsecretion, die unter gewissen Umständen eine Steigerung erfahren und einen krankhaften Charakter annehmen kann. Alle andern Autoren finden im normalen, speisefreien Magen nur wenige Ccm. Magensaft, welche sie auf den irritirenden Effect der Sondirung beziehen und erscheint ihnen die Anwesenheit grösserer Quantitäten stets als Ausdruck einer Secretionsanomalie, welche sie Magensaftfluss, continuirliche Saftsecretion, eine Hypersecretion des Magensaftes nennen. Diese Affection ist bei acutem Verlauf nach Ansicht Aller nervösen Charakters, entweder Begleiterscheinung organischer Veränderungen, resp. functioneller Störungen des Centralnervensystems, oder, und zwar in den typischen Fällen, eine primäre Functionsstörung der secretorischen Nerven. Die chronische Form der Hypersecretion wird dagegen nicht von allen Klinikern auf eine und dieselbe Ursache bezogen. Sie soll bald durch primär motorische, bald durch primär nervöse, bald endlich durch primär sensible Störung des Magens bedingt sein. Fast die Hälfte der Magenleiden betreffend, geht sie recht häufig mit einer Hyperchlorhydrie, d. h. einer Steigerung der Salzsäuresecretion während des Verdauungsactes, einher, besteht aber, wie Johnson und Behm nachgewiesen, fast ebenso häufig für sich allein, und will darum Vortragender ebenfalls nicht beide Processe als eine und dieselbe Krankheitsform betrachtet wissen.

Zeichnet sich die Hypersecretion des Magensaftes durch einen sehr charakteristischen Verlauf aus, so durch heftige Schmerzen in der Magengegend, welche durch Aufnahme von Flüssigkeiten oder salzsäurebindenden Agentien (Alkalien, Eiweisskörper) eine Linderung erfahren, ferner durch Erbrechen von sauren, dünnflüssigen Massen, vermehrten Durst, Sodbrennen, saures Aufstossen und öfteres Auftreten eines Hungergefühls, namentlich während der Nacht, so ist dennoch die sichere Diagnose gebunden an den Nachweis mehr oder weniger grosser Mengen verdauungsfähigen Saftes im nüchternen, Abends vorher evacuirten Magen. Die Behandlung dieser Affection hat vornehmlich in der Entfernung des überschüssigen Magensaftes und etwaiger zurückgebliebener Speisereste vor Einführung der neuen Nahrung durch methodische Ausspülungen, ferner in der Neutralisation der zuviel producirten Salzsäure durch Alkalien, und endlich in der Regelung der Diät zu bestehen Bezüglich des ätiologischen Zusammenhanges zwischen den Hypersecretionszuständen und der Atonie resp. Ectasie des Magens gehen die Anschauungen der Kliniker auseinander. Was dem Einen als Ursache erscheint, repräsentirt dem Andern die Wirkung. Wollte man zur Lösung dieser Frage beitragend wirken, erscheint es Vortragendem in erster Reihe geboten, in allen Fällen, wo die in Rede stehenden Zustände combinirt vorkommen, der Entwicklung derselben genau nachzuforschen. An einem in letzter Zeit beobachteten Falle von Atonie des Magens und Darms, Hyperchlorhydrie und Hypersecretion des Magensaftes, that Vortragender sowohl dieser, wie er auch anderseits eine Reihe von Versuchen anstellte, theils zur Prüfung der secretorischen Functionen des Magens nach Aufnahme der Boas'schen Hafermehlsuppe, reiner Eiweisskost und einer aus Eiweisskörpern und leicht löslichen Kohlhydraten bestehenden Nahrung, theils behufs Feststellung des Verhaltens des Magens bezüglich der Milchsäurebildung bei der Verdauung der Kohlehydrate. Die Resultate, zu denen Vortragender gelangte, sind:

1. Die Atonie ging der Hypersecretion voraus.

2. Die Boas'sche Suppe stellte ein schwächeres Reizmittel dar, als das Ewald-Boas'sche Frühstück, indem die Salzsäuresecretion während der Verdauungsperiode bei Anwendung ersterer eine bedeutend schwächere war, als nach Verabreichung der letzteren.

3. Die aus Eiweisskörpern (Milch, Eier, Fleisch) und leicht löslichen Kohlehydraten (Pfefferkuchen, Feigen, Pflaumencompot) bestehende Nahrung wirkte auf den Verlauf der Hypersecretion günstiger, als die reine Eiweisskost.

4. Mit Hilfe des Uffelmann'schen Reagens und der Boas'schen Methode konnte bei Anwendung der Boas'schen Suppe in keiner Phase der Verdauung Milchsäure im Mageninhalt nachgewiesen werden, bei Zugrundelegung des Ewald-Boas'schen Frühstückes dagegen fast in allen Phasen. (Autorreferat).

Dr. v. Engelhardt schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden im Wesentlichen an, indem auch er in den geschilderten Zuständen die Atonie für das Primäre hält. In der Literatur herrsche über diesen Punkt noch wenig Uebereinstimmung, wie z. B. auch aus den Ausführungen Dr. Westphalens auf dem Livl. Aerztetage hervorgehe.

Häufig sprechen die Autoren von neurasthenischen, hysterischen, etc. Zuständen, während aus den betreffenden Krankengeschichten ziemlich sicher auf hochgradige Dilatation mit deren Folgezuständen geschlossen werden könne. Eine sehr überwiegende Fleischernährung bedinge Obstipation, welche Atonie hervorrufe, und diese wiederum führe zur Hypersecretion. Der günstige Einfluss ausgiebiger Vegetabilienfütterung in diesen Zuständen finde in diesem Umstande seine Erklärung. Von Arzneimitteln leisten hier Gutes die Alkalien — aber nur in grossen Dosen; ferner das Argent. nitr., indem es desinficirend und zugleich anästhesirend auf die Magenschleimhaut wirke. Das Ewald'sche Probefrühstück müsse beibehalten werden, um möglichst eindeutige Beobachtungen zu erzielen, denen allerdings nur ein relativer Werth zugesprochen werden kann; doch lassen sich nach dem augenblicklichen Stande unseres Wissens absolute Werthe nicht beibringen.

3. Dr. Schmidt demonstrirt einen chylösen Harn, welcher von einem 5-jährigen Knaben stammt, der vor ca. 2 Monaten einen leichten Scharlach überstanden hat und sonst gesund ist. Nach einer Erkältung ist dieser Harn und zwar nur einmal gelassen worden.

4. Dr. Gilbert demonstrirt ein von ihm (durch Operation) geronnenes Präparat von Pyosalpinx. Der Fall endete am 2. Tage durch allgemeine Peritonitis letal.

Secretair Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Fortsetzung).

Nasse (Berlin): Bergmann hat ebenfalls Frühoperationen ausgeführt und die Spongiosa soweit entfernt, als sie krank schien. Er ist von diesem Modus procedendi nur abgewichen worden, wenn die Pat. zu schwach waren. Bei multipler Osteomyelitis hat er nicht alle Herde auf einmal, sondern einen nach dem anderen in verschiedenen Zeiten operirt. Aus dem Material waren zu verwerthen nur 37 Krankengeschichten (4 aufs Jahr) die innerhalb der ersten 3 Wochen operirt wurden. (Fälle die keine Veränderung am Mark zeigten, sowie subperiostale Abscesse sind ausgeschieden). Beibringung der einschlägigen zahlenmässigen statistischen Belege, dass die in den ersten 8 Tagen Operirten viel ungünstiger ablaufen, weil das die allerschwersten Falle sind. Hier finden sich die meisten Todesfälle. Wenn die Kranken das Leiden überstehen, kommt es zu Necrosen.

Hierher gehören auch die primär multiplen Formen, unter denen von 7—4 starben. Es passirt hier leicht, dass man einen oder den anderen Herd übersieht. Jedenfalls aber ist die Necrose viel ausgedehnter, wenn man mit der Aufmeisselung wartet. (Zahlenbelege). Man kann durch frühe Aufmeisselung nicht die Krankheit eliminiren, wohl aber ihre bösen Folgen (die Necrose) verringern. Von 10 Kranken unter 5 Jahren starben 5 (Pyämie), von 27 über 5 Jahren nur 2.

Sonnenburg fasst wie Koerte die Osteomyelitis als Sepsis mit besonderer Localisation auf. Bei acuten Fällen habe

man baldmöglichst zu incidiren — wie die Krankheit hernach verläuft, hängt wesentlich von der Art der Infection ab.

Heidenhain (Greifswald). In den letzten 7 Jahren sind beobachtet worden: 46 acute Osteomyelitiden und 139 Necrosen, d. h. die langsam verlaufenden Fälle sind viel häufiger, zumal da man annehmen darf, dass die acuten eher die Klinik aufsuchen. Helferich operire stets unter Blutleere (Elevation und Schlauch). Die Meisten verlieren das Fieber langsam. Was die Necrosen anlange, so seien von 14 Operirten 9 ohne solche verheilt; 7 mal wurden bei der Incision grosse Necrotomien nothwendig.

Scerning (Kopenhagen), berichtet über 30 Fälle seiner Beobachtung, von denen 10 gestorben. 4 davon nicht operirt. 6 davon in den ersten Tagen an pyämischer Endocarditis. 20 sind operirt und geheilt. Bei 6 wurden ausgedehnte Necrotomieen, Amputationen und Exarticulationen wegen Fractur etc. nothwendig. Er meint, dass in Kopenhagen die Osteomyelitis periodisch auftrete und dann auch sehr schwere Symptome mache.

Gussenbauer (Prag) hat 4—500 Fälle acuter Osteomyemyelitis beobachtet. Er hält sie für endemisch-epidemisch. Was man mit der Bezeichnung Sepsis wolle, könne er nicht verstehen. Er habe wohl septicaemische Fälle beobachtet, die unter Gasbildung und multiplen Abscessen acutissime ad finem führen. Sonst aber könne man die meisten Formen nur mit der Phlegmone vergleichen. Die Osteomyelitis sei oft Mischinfection (G. bespricht die verschiedenen Befunde, Typhus etc.) Er fand, dass bei Osteomyelitis die Herde in den inneren Organen gleichzeitig (? Ref.) mit den Knochenherden auftreten, dann sei aber von einer Pyämie (wie Sonnenburg sie genannt) auch nicht wohl die Rede, bei der man die multiple successive Progredienz (Billroth, Ref.) als characteristisch ansehe. Bei der Pathogenese spiele das Trauma eine wesentliche Rolle. G. hat selten früh operirt und keinen Fall beobachtet, wo nicht doch Necrose folgte. Die schweren Fälle starben zum grössten Theil, ob man sie operirte oder nicht. Oft ist man genöthigt die Metastasen zu operiren, so hat G. das Pericard eröffnen müssen. Auch in späteren Stadien können die Kranken noch an progressiver eitriger Ostitis sterben.

Messner (München) hat 2 Epidemien von Osteomyelitis beobachtet, die beide günstig verliefen.

Küster (Schlusswort): bei der Schwere des Leidens sei die Frühoperation jedenfalls gerechtfertigt, ja geboten ubi pus ibi, incide. Ueber die Localisation der Infection seien wir durch Garré und Jordan orientirt worden.

3. Bergmann (Riga). Zur Resection des Darmbeins wegen acuter Osteomyelitis. Befürwortet den Vorschlag der Franzosen, den ganzen Knochen zu reseciren. Von 35 Fällen von Darmbeinosteomyelitis, die er aus der Literatur zusammenstellen konnte, sind nur 11 geheilt. Von 7 Fällen seiner eigenen Beobachtung sind 4 partiell geheilt (Fisteln etc.), 1 gestorben (es handelte sich um Totalnecrose), 2 Fälle, die er radical angefasst habe, vollständig genesen.

Fall 1. Kein Eiter, aber Erweichung und ein Herd im Trochanter. Nach der Exstirpation sofortiger Abfall des Fiebers Es bildete sich jedoch ein Abscess in der Fossa iliaca, Decubitus, Tod.

Fall 2 ist im Mai vorigen Jahres geheilt entlassen und seitdem gesund.

Fall 3 ebenfalls nach der Totalexstirpation glatt genesen unter Knochenneubildung.

Es sind die paraacetabulären und die der Darmbeinschaufel radicalanzugreifen, wenn man sich vor den Folgen des Fiebers, des Durchbruches der Abscesse in die Weichtheile und der Necrose schützen will.

4. Cramer (Köln). Resection am Beckenringe. Krankenvorstellung.

5. Bardenheuer (Köln). Vorstellung eines Patienten mit totaler Resection des oberen Endes des Femur mit totaler Resection der Pfanne. Krankenvorstellung (der Patient kann gut gehen und sitzen).

Nachmittagssitzung.

6. Helferich (Greifswald). Zur Behandlung der arthrogenen Kieferklemme. Hat zur Resection des proc. condyl. einen Lappen mit oberer Basis gebildet, und interponirt nach der Resection einen Theil des Musculus temporalis, um Verwachsungen zu verhüten. Demonstration der Kranken und eines anatomischen Präparates.

7. Schimmelbusch (Berlin). Experimentelle Untersuchungen über Wundinfection. Die Experimente über Desinfection u. Infection seien schwierig, weil vielerlei Fehler zu Täuschungen und Trugschlüssen führten. Bei den Experimenten über septische Wundinfection wird meist ein Ccm. Bouilloncultur als minimale Menge angesehen, die erforderlich ist um ein Thier (Kaninchen) septisch zu machen. Ueberträgt man dieses auf den Menschen, so wären c. 60 Ccm. zu einer gleichen Infection nöthig. Das weist doch darauf hin, dass die Keime, die beim Menschen die Wundinfectionen hervorrufen, beim Kaninchen weniger virulent sind. — Sch. suchte also die dem Thiere eigenthümlichen Eitererreger, und erhielt sie durch Ueberimpfen. Er fand beim Kaninchen einen eitererregenden Bacillus (im Gegensatz zu den Coccen der Eiterung beim Menschen) und constatirte, dass schon eine minimale Menge derselben, wie sie durch Stich mit der Platinnadel übertragen werde, genüge um Phlegmone zu erzeugen. Ferner habe er schon früher gezeigt, dass bei Infection frischer Wunden mit Milzbrand etc. die Desinfection nach $1/2$ Stunde, ja unmittelbar darauf fruchtlos sei, da die Keime in dieser Zeit schon in den Nieren etc. nachzuweisen seien; von 103 Versuchen waren 67 in diesem Sinne positiv, in 10 Fällen war schon nach 5 Minuten das Virus in die Parenchyme eingedrungen. Auch fein vertheilte unorganische Körper, wie Carmin od. auch Fett und Oel, sind ja bekanntlich schon nach 5 Minuten im Herzen nachzuweisen. Tusche ebenfalls nach 5 Minuten in der Niere (makroskopisch oft schwer nachzuweisen, man müsse grosse Quetschpräparate anfertigen). — Neuerdings hätte er nun beobachtet, dass, wenn die blutende frische Wunde die Aufnahme allerdings so schnell vermittle, ein gleiches nicht gelte von der Brandwunde, von der granulirenden Wunde. Auch ist eine glatte Wunde schwerer zu inficiren als eine unregelmässig gestaltete. Dort wird die Infection erst sicher durch Einreiben. Warum giebt denn die frische mehr Veranlassung und Gelegenheit zur Infection als die ältere?

Untersucht man die mit dem eitererregenden Bacillus der Kaninchen an frischer Wunde erzeugten Phlegmonen, so findet sich folgendes: der inficirte Muskel erscheint infiltrirt speckig. Mikroskopisch sieht man, dass die Bacterien in die Interstitien der Muskelfasern hineingerathen sind. Die Gewebsinterstitien erscheinen vielfach kleinzellig infiltrirt und enthalten Bacillen in Menge. Ist die Wunde durch Hitze oder Aetzmittel erzeugt, ist sie älteren Datums, so erscheinen diese Gewebsinterstitien verquollen, verstrichen. Die Keime bleiben auf der Oberfläche. Demonstration der Zeichnungen und mikroskopischen Präparate.

Vor Jahren habe er an der Cornea des Kaninchens die eingeimpften Keime in die Interstitien des Gewebes hineinwachsen sehen. Sie bildeten Stalaktiten, die niemals zu Stande kamen an der todten Cornea, weil die Spalten hier collabirt seien. Sch. will keine zu weitgehenden Schlüsse aus seinen Beobachtungen ziehen, weil noch andere Versuche nöthig seien.

Discussion: Messner (München) fragt ob die virulenten Bacillen nicht auch beim Menschen vorkommen, er hätte dergl. gesehen.

Sch. Beim Menschen kommen sie nicht vor.

Messner hat progrediente Eiterung durch Menschencoccen beim Kaninchen erzeugt.

Sch. es käme eben auf die Menge an.

M. fragt, ob individuelle Unterschiede sich fänden?

Sch. giebt sie zu, wie er sie auch erwähnt habe.

8. Heusner (Barmen) demonstrirt seine aus Metallspiralen construirten Schienen.

1. Spirale zur Rotation des Armes nach aussen (nach Fractur am Hals und Luxation). Fixation am Schultergürtel und an der Hand. Hindert die Bewegung garnicht.

2. Flachgelegte Spiralen als Schienen überall zu brauchen.

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Dr. Paul Lieven, dessen schwere Erkrankung im Frühjahr ernste Besorgnisse einflösste, ist zwar genesen, hat sich aber entschlossen Amt und Praxis aufzugeben und St. Petersburg ganz zu verlassen. Er ist am 5. Juli nach Deutschland abgereist mit der Absicht, sich vorläufig in Stuttgart zur Ruhe zu setzen. Im November vollenden sich 30 Jahre seit P. Lieven als Assistent Scanzoni's mit Ihrer Majestät der verstorbenen Kaiserin in's Land kam. Er hat es verstanden, sich unter Aerzten und Laien eine hochgeachtete Stellung zu schaffen und die Herzen seiner Patientinnen in einem Grade zu gewinnen, wie kaum ein Andrer. — Seine Uebersiedelung nach Deutschland reisst eine empfindliche Lücke in dem Kreise der deutschen Aerzte St. Petersburgs; seine Freunde trösten sich mit dem Gedanken, dass er in ein wärmeres, schöneres, freundlicheres Land geht, und dass es so besser für ihn ist. — Im Sinne seiner hiesigen Collegen und Freunde ruft ihm die St. Petersburger Med. Woch. ein herzliches «Glück-auf!» nach auf die Reise.

— Aus Wien bringt der Telegraph die Trauerbotschaft, dass der berühmte Anatom, Professor emer. Dr. Joseph Hyrtl, am 5. Juli auf seinem Landsitze in Perchtholsdorf



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 16. (28.) Juli 1894

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in Wolmar vom 5.—7. Sept. d. J. statt.

Anmeldungen zu Vorträgen sind baldmöglichst, spätestens bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem einzureichen.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Klinische Untersuchungen über den diagnostischen Werth der vermehrten Indicanausscheidung bei Eiterungen.

Von

W. Beckmann.

St. Petersburg.

Seit der Entdeckung des Indicans im normalen Urin durch Edw. Schunck[1]), im Jahre 1858, hat dieser Harnbestandtheil die Forscher und Aerzte schon häufig beschäftigt. Besonderes Interesse erregten verschiedene pathologische Zustände, bei denen eine vermehrte Indicanausscheidung nachgewiesen wurde. Eine solche fand zuerst Caster[2]) 1858 bei Affectionen des Magendarmcanals, speciell Magencarcinom und Darminvagination. Das Hauptverdienst, unsere Kenntnisse über das Vorkommen des Indicans im Harn vermehrt zu haben, gehört Jaffé[3]), der seit seiner ersten Publication im Jahre 1870 durch eine ganze Reihe von Arbeiten die Lehre von der normalen und vermehrten Indicanausscheidung wesentlich ausgebildet hat. Nach Jaffé werden im Verlauf von 24 Stunden 4—20 mgr., im Mittel 10 mgr. Indican im Urin ausgeschieden. Die Muttersubstanz des Indicans ist das Indol, welches sich im Dünndarminhalt findet. W. Kühne und Nencki erkannten das Indol als regelmässiges Product der Bacterienfäulniss des Eiweisses an. Das Indol des Darminhaltes entsteht nach Jaffé gleichfalls durch Fäulnissprocesse aus dem Eiweiss. Beim Neugeborenen, dessen Darmtractus frei von Bacterien ist, kommt Indican im Urin nicht vor. Nach Baumann und Brieger[4]) wird das aus dem Darmcanal resorbirte Indol zu Indoxyl oxydirt und paart sich weiterhin mit Schwefelsäure zu Indoxylschwefelsäure. Diese tritt als Kalisalz — Indican — durch den Harn aus dem Körper aus. Die Menge des ausgeschiedenen Indicans ist abhängig von der Nahrung. Bei Fleischnahrung ist dieselbe grösser als bei Pflanzennahrung. Salkowski[5]) wies ferner nach, dass die beim hungernden Thiere vorkommende Indicanausscheidung durch Zerfall des Eiweisses der Darmsecrete (Pancreassaft und Darmsaft) zu erklären ist. Bei diesem Zerfall bildet sich Indol.

Wenn man die Resultate der Untersuchungen über das Vorkommen vermehrter Indicanausscheidung im Urin bei verschiedenen Krankheitszuständen kurz zusammenfasst, so kann man sagen, dass sich eine constante Vermehrung der Indicanausscheidung bei allen Krankheitszuständen findet, bei denen eine gesteigerte Eiweissfäulniss im Darm vorkommt. Letzteres ist aber der Fall bei verminderter oder stockender Fortbewegung des Darminhaltes. Die colossalsten Mengen Indican werden wohl ausgeschieden bei Darmincarceration oder anderen ileusartigen Zuständen. Dasselbe ist der Fall bei diffuser Peritonitis mit consecutiver Darmparalyse. Die Versuche Jaffé's zeigen, dass Indicanurie aber nur eintritt, wenn sich das Hinderniss im Dünndarm findet; Dickdarmverschluss resp. Coprostase hat keine vermehrte Indicanausscheidung zur Folge.

Ausser diesem gesetzmässigen Zusammenhang zwischen vermehrter Darmfäulniss und vermehrter Indicanausscheidung haben weitere Untersuchungen bei anderen

[1]) Mem. of the Lit. and Phil. Soc. of Manchester. Vol. XIV pag. 239.
[2]) Edinb. med. Journ. July 1858.
[3]) Pflüger's Archiv 1870 pag. 448.
[4]) Baumann und Brieger, Zeitschr. f. physiol. Chemie III p. 254.
[5]) Salkowski, Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft IX p. 138.



Krankheitszuständen weniger sichere Resultate zu Tage gefördert.

Senator[6]) untersuchte eine ganze Reihe von Krankheiten auf vermehrte Indicanausscheidung und kam zum Schluss, dass eine solche bei Consumptions- und Inanitionszuständen aus verschiedenen Ursachen auftritt. Bei Magencarcinom und Ulcus ventriculi konnte Vermehrung der Indicanmenge im Urin unabhängig vom Verhalten des Stuhles nachgewiesen werden; besonders stark war dieselbe, wenn Blutungen kurz vorher stattgefunden hatten. Je stärker die Anämie dabei war, desto grösser war die Indicanausscheidung. Kranke, die wenig oder gar nichts geniessen konnten und das Genossene zum Theil noch erbrachen oder schlecht verdauten, zeigten häufig enorme Indicanmengen im Harn. Ferner konnte Senator vermehrte Indicanausscheidung constatiren bei Lymphosarcomen und multiplen Lymphomen, besonders der Bauchhöhle, bei Morbus Addisonii, bei vorgeschrittener Phthise, wenn Durchfälle und Amyloidentartung der Organe vorhanden war, endlich bei Granularatrophie der Nieren.

Die Untersuchungen von Max Hennige[7]) bestätigten im Wesentlichen die Befunde von Senator. Vermehrte Indicanausscheidung fand sich bei allgemeinen Ernährungsstörungen und bei Inanitionszuständen. Ausser bei den schon von Senator genannten Krankheiten beobachtete Hennige vermehrte Indicanausscheidung noch bei Cholera nostras und acuten Magendarmkatarrhen.

Ich möchte mir an dieser Stelle die Bemerkung erlauben, dass, wenn Senator und Hennige vermehrte Indicanausscheidung nach Magen- und Darmblutungen fanden, es keineswegs erforderlich ist zu complicirten Erklärungsversuchen mit Zuhülfenahme von nervösen Einflüssen — wie es Hennige thut — zu greifen. Bekanntlich zeichnen sich die Stühle nach Darmblutungen durch äusserst üblen Geruch aus. Dieser weist jedenfalls auf erhöhte Fäulnissprocesse hin. Ferner ist an die Versuche von E. u. H. Salkowski[8]) zu erinnern, denen zufolge aus Fibrin 3-mal soviel Indol gebildet wird, als aus dem Fleischeiweiss. Auf Grund dieser beiden Momente erklärt sich die vermehrte Indicanausscheidung nach Magen-Darmblutungen ungezwungen durch die erhöhten Fäulnissprocesse mit vermehrter Indolbildung im Darm. Schon Hennige fiel der Umstand auf, dass nach schweren Lungenblutungen keine erhöhte Indicanausscheidung zu constatiren war.

Endlich seien hier noch erwähnt die Untersuchungen von Cesare Mazzetti[9]), der einen Zusammenhang zwischen Functionsunfähigkeit der Milz und vermehrter Indicanausscheidung constatiren will. Seine Versuche gründeten sich auf die Beobachtung von Bufalini, der bei Intermittens bei vorwiegender Fleischdiät vermehrte Indicanausscheidung beobachtet hatte. Mazzetti kam zum Schluss, dass die Milz einen grossen Einfluss auf das Entstehen von Indol im Darmcanale habe. Bei entmilzten Hunden und Individuen mit irgendwie afficirter Milz (Intermittens) ist der Eiweisszerfall ein viel grösserer als normal. Diesen Versuchen möchte ich die Beobachtung von Hennige gegenüberstellen, der in 9 Fällen von Intermittens nur einmal vermehrte Indicanausscheidung beobachten konnte. Da Mazzetti ausserdem vorwiegend Fleischnahrung bei seinen Versuchen verabfolgte, diese aber bekanntlich stets vermehrte Indicanausscheidung zur Folge hat, scheint mir letztere keineswegs in constantem Zusammenhang mit Milzveränderungen zu stehen.

Schon bald nach Bekanntwerden der Beobachtungen von vermehrter Indicanausscheidung bei verschiedenen Krankheiten machte sich das Bestreben geltend, diese neue Beobachtung für die Diagnostik nutzbar zu machen. Es lag ja so nahe daran zu denken, die Indicanurie könnte ein pathognomonisches Zeichen irgend einer Krankheit sein. Angesichts der Schwierigkeit der frühzeitigen Diagnosenstellung bei so vielen Krankheiten musste ein neues diagnostisches Zeichen jedenfalls mit Freude begrüsst werden. Wie die eben dargelegten Forschungsergebnisse zeigen, kann aber, ausser bei infolge von verminderter Darmbewegung gesteigerter Eiweissfäulniss (bei Ileus und Peritonitis), die vermehrte Indicanausscheidung kaum als von wesentlichem Nutzen für die Diagnostik bestimmter Krankheiten betrachtet werden. Die Resultate der Beobachtungen von Senator und Hennige sind kaum dazu angethan, in diagnostisch schwierigen Fällen irgendwie in Betracht zu kommen. Fanden doch diese Forscher vermehrte Indicanausscheidung vorwiegend in vorgeschrittenen Krankheitsfällen, deren Diagnose keine weiteren Schwierigkeiten machte.

Ein besonderes Interesse beanspruchten die Arbeiten von Hochsinger[10]) und Kahane[11]). Letzterer sprach sich dahin aus, es sei aller Wahrscheinlichkeit nach anzunehmen, dass ein inniger Zusammenhang zwischen Tuberculose des Kindesalters und vermehrter Indicanausfuhr bestehe, und dass in differential-diagnostisch zweifelhaften Fällen eine Vermehrung des Indicangehaltes als zu Gunsten des tuberculösen Characters einer Erkrankung sprechend anzusehen sei. Hochsinger bestätigte die schon früher bekannten Thatsachen, dass der Urin Neugeborener frei von Indican ist, ferner dass bei gesunden Säuglingen meist keine oder selten nur sehr schwache Indicanreaction im Urin vorhanden ist. Ferner fand er bei Cholera infantum und starken Diarrhoen bedeutende Mengen Indican im Urin, während mässige Diarrhoen schwache Reaction, einfache Dyspepsien keine Reaction gaben. Als constanten Befund bezeichnet Hochsinger das Vorhandensein von colossalen Mengen Indican im Urin bei Tuberculose, gleichgültig welcher Organe.

Bei dem häufig occulten Verlauf der Tuberculose bei Kindern, sowie schwierigen Diagnose derselben mussten die Angaben von Kahane und Hochsinger, wenn anders sie richtig waren, als neues diagnostisches Moment anerkannt werden. Die angestellten Controlluntersuchungen widersprachen aber den Resultaten Kahane's und Hochsingers. W. Steffen[12]) fand zwar bei einer gewissen Zahl von Harnuntersuchungen verschiedener tuberculöser Kinder ebenfalls vermehrte Indicanreaction, in der bei weitem grössten Zahl von Untersuchungen derselben Kinder konnte dagegen kein Indican oder nur Spuren davon nachgewiesen werden. Der nur in einem geringen Procentsatz auftretenden vermehrten Indicanausscheidung kann nach Steffen's Untersuchungen irgend eine diagnostische Bedeutung für die Beurtheilung des einzelnen Falles nicht zukommen. Zu denselben negativen Resultaten kam Stanislaus Mornidlowski[13]) und zwar, dass Hochsinger's Annahme der diagnostischen Bedeutung der Indicanurie bei Tuberculose der

---

[6]) Senator. Ueber Indican- und Kalk-Ausscheidung in Krankheiten. Centrbl. f. d. med. W. 1877 № 20 u. ff.

[7]) Max Hennige. Die Indican-Ausscheidung in Krankheiten. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 23, 1879.

[8]) Zeitschrift für physiol. Chemie VIII pag. 417.

[9]) Annali di chimica e di farmacologia. Febr. 1891 cit. nach Wratsch 1891 № 13.

[10]) Hochsinger. Ueber Indicanurie im Säuglings- und Kindesalter. 63. Versamml. Deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen 1890.

[11]) Kahane. Ueber das Verhalten des Indicans bei der Tuberculose des Kindesalters. Beiträge zur Kinderheilkunde aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien, herausgegeben von Prof. Dr. M. Kassowitz. Neue Folge II.

[12]) W. Steffen. Beiträge zur Indican-Ausscheidung bei Kindern. Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 34. 1892.

[13]) Stanislaus Mornidlowski. Ueber das Verhalten des Indicans bei Kindern. Jarhb. f. Kinderheilk. Bd. 36 1893.

Kinder sehr zweifelhaft sei. Voûte's[14]) Untersuchungen sprechen gleichfalls gegen die diagnostische Bedeutung der Indicanurie bei Kindertuberculose und Giarré[15]) kommt zum Schluss, dass vermehrte Indicanausscheidung bei Kindern ebenso wenig wie bei Erwachsenen diagnostisch verwerthet werden kann, da einerseits in typischen Fällen von Tuberculose die Vermehrung des Indicans vermisst werden kann, andererseits bei chronischen Ernährungsstörungen oder bei nicht tuberculösen Affectionen der Respirationsorgane vermehrte Indicanausscheidung beobachtet werden kann.

In allerjüngster Zeit hat sich endlich J. Fahm[16]) mit der Frage der vermehrten Indicanausscheidung bei der Kindertuberculose beschäftigt. Seine Resultate stimmen wenigstens im grossen Ganzen mit Kahane's Angaben überein, indem er für Tuberculose in 38,9 pCt. der Fälle normalen, und in 61,1 pCt. vermehrten Indicangehalt fand. Fast genau das umgekehrte Verhältniss fand sich für nicht Tuberculöse: 60 pCt. normaler und 40 pCt. vermehrter Indicangehalt. Es findet sich also bei tuberculösen Erkrankungen des Kindesalters sehr oft eine bedeutende Erhöhung des Indicangehaltes, aber nicht in dem Maasse, dass im einzelnen Fall eine einmal oder sogar öfters gefundene Vermehrung des Indicangehaltes für Tuberculose ausschlaggebend wäre, da auch bei sicher schwer Tuberculösen aus einer längeren Untersuchungsreihe sich andere Resultate ergeben. Bei nicht tuberculösen Erkrankungen kann auch eine bedeutende Vermehrung des Indicangehaltes vorkommen und sogar nicht selten, aber immerhin nicht so häufig wie bei tuberculösen Erkrankungen.

Den Anstoss zu den von mir vorgenommenen und weiter unten mitgetheilten Harnuntersuchungen gab eine Arbeit von Alexander Keilmann[17]), in der die Ansicht vertreten wurde, dass die Indicanurie als ein wichtiges Hilfssymptom zur Diagnose versteckter Eiterungen verwerthet werden könnte. In manchen Fällen, in denen die Körpertemperatur und andere Symptome sich atypisch verhielten, war die Indicanurie das einzige Symptom, das auf den nachher durch Operation oder spontanen Durchbruch erwiesenen, eitrigen Process hinwies.

Schon Senator und Pfeiffer machten darauf aufmerksam, dass auch ausserhalb des Darmes eine stärkere Eiweisszersetzung als Quelle des Indols, und damit der vermehrten Indicanausscheidung dienen könnte. Eine solche war auch schon mehrfach beobachtet bei Fäulnissprocessen in eitrigen Geschwüren, bei Gangraena pulmonum, putrider Bronchitis und Pleuritis, endlich bei der Luft ausgesetzten ulcerirenden Carcinomen. Bei den von Hennige[18]) untersuchten chirurgischen Fällen: einer monatelang eiternden Anusfistel, einer chronisch fungösen Kniegelenkentzündung, einer diffusen Ober- und Unterschenkelphlegmone, einer Caries der Fusswurzelknochen mit wochenlanger Eiterung bei einem Kinde, und endlich einer ebenfalls viele Wochen hindurch bestehenden von Knochen ausgehenden Eiterung bei einem Manne mittleren Alters — war der Indicangehalt im Harn zwar deutlich nachzuweisen, auch zuweilen vermehrt, niemals aber in dem Grade, wie bei Affectionen des Digestionstractus. Dagegen fielen Fahm 2 Fälle mit häufig vermehrtem Indicangehalt auf. Bei beiden handelte es sich um grössere Abscesse, im ersten um einen solchen am Oberschenkel (Coxitis), im andern um einen im Nacken (Spondylitis cervicalis). Fahm[19]) schien es, als ob mit dem Verschwinden des Abscesses auch der Indicangehalt des Urins geringer geworden wäre, ohne jedoch ganz zu verschwinden, und dass mit dem Wachsen des Abscesses gegen Ende der Untersuchung auch der Indicangehalt wieder grösser geworden wäre. Da es sich um tuberculöse Kinder handelte, liess Fahm die Frage, ob die Retention des Eiters im geschlossenen Abscess die Ursache der fast constant bemerkten, sehr stark vermehrten Indicanreaction war, oder die bestehende Tuberculose, unentschieden.

Sowohl die erwähnte Behauptung Keilmann's[20]), als auch die gelegentlichen Beobachtungen der anderen genannten Forscher bewogen mich eine Reihe von Kranken mit Eiterungen verschiedener Art einer Untersuchung in Bezug auf die Indicanausscheidung zu unterwerfen.

Was die Methode der Indicanuntersuchung anbetrifft, so ist wohl am verbreitetsten die Probe von Jaffé. Bei derselben setzt man einer bestimmten Quantität Urin die gleiche Menge Salzsäure zu, und fügt mit Hülfe einer Glaspipette dem Harn nach und nach tropfenweise von einer frischbereiteten 5 pCt. Lösung von Calc. hypochlorosum unter Umschütteln zu. Durch Zusatz von Chloroform kann das sich bildende Indigoblau extrahirt werden. Je mehr Indican im Urin vorhanden ist, um so mehr kann von der Hypochloridlösung zugesetzt werden, ehe Entfärbung eintritt. Die Methoden der quantitativen Indicanbestimmung, wie das colorimetrische Verfahren Salkowski's und die spectrophotometrische Methode von Fr. Müller, haben wegen ihrer Complicirtheit für die Praxis keinen Werth. Ich wählte daher zu meinen Untersuchungen die Jaffé'sche Methode, die ich stets an einem gleich grossen Urinquantum — 3 Cubcm. — ausführte. Als Maassstab der Indicanmenge diente mir die Zahl der Tropfen der zugesetzten Lösung von Calc. hypochlorosum. Ich glaubte mich um so mehr mit dieser praktischen Methode, die Indicanmenge zu bestimmen, begnügen zu dürfen, als schon Keilmann seine Indicanbestimmungen in dieser Weise gemacht hat, und meine Untersuchungen im Wesentlichen die Resultate der Keilmann'schen Arbeit einer Controlle unterwerfen sollten.

Das mir zu meinen Untersuchungen dienende Krankenmaterial entnahm ich der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals. Der dirigirende Arzt dieser Abtheilung Dr. W. Wasten hat mir in liebenswürdigster Weise die Benutzung geeigneter Fälle gestattet, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen mir erlaube. Es kam darauf an, eine möglichst grosse Zahl von Fällen mit Eiterungen zu untersuchen. Diesen wollte ich zum Vergleich eine Untersuchungsreihe an Kranken ohne Eiterung gegenüberstellen. Zu diesem Zweck wurde auch eine Zahl von Kranken, bei denen sicher die Anwesenheit von Eiter ausgeschlossen werden konnte, untersucht. Im Laufe der Untersuchungen liess sich aber in einer Zahl von Fällen, in denen anfangs mit ziemlich grosser Wahrscheinlichkeit eitrige Processe vermuthet wurden, in der Folge Eiter nicht constatiren. Ich benutze lieber diese Fälle in der weiter folgenden Auseinandersetzung als Controllversuchsreihe und lasse die ursprünglich zu diesem Zweck angestellten Untersuchungen vollständig bei Seite, um so mehr, als diese Untersuchungen nichts wesentlich Neues zu Tage förderten. Ein Vergleich der Untersuchungsergebnisse bei Patientinnen mit Eiterungen, mit solchen bei Kranken, bei denen anfangs der Verdacht auf Eiterung vorhanden war, muss ja für diagnostische Zwecke interessanter sein, als wenn man das Verhalten der Indicanausscheidung bei Patienten mit Eiterungen und mit Krankheiten ganz heterogener Natur vergleicht.

[14]) Voute: Quelques remarques sur la coincidence de l'indicanurie et de la tuberculose chez les enfants. Revue mensuelle des maladies de l'enfant. Fevr. 1893.

[15]) Giarré. Gaz. degli Ospitali 1893.

[16]) J. Fahm. Ueber den diagnostischen Werth der Indicanreaction bei Tuberculose im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilk. Bd. 37. 1894.

[17]) Alexander Keilmann. Beobachtungen über die diagnostische Verwerthbarkeit der Indicanurie. St. Petersb. med. Wochenschr. 1893 № 15.

[18]) l. c.

[19]) l. c.

[20]) l. c.



Zur ersten Gruppe der Kranken mit Eiterungen gehören 25 Fälle. In allen diesen Fällen war die Anwesenheit von Eiter sicher gestellt: in 18 Fällen durch Incision, in 4 Fällen durch die Section und in 3 Fällen durch ganz zweifellose Fluctuation bei Anwesenheit von Fieber. Die 3 letzterwähnten Patientinnen entzogen sich der vorgeschlagenen Incision durch Verlassen des Hospitals.

I. 25 Patientinnen mit Eiterungen.

1. M. O. 29 Jahre alt. Septicaemia puerperalis; Pyosalpinx sinistra. Reducirte Ernährung. Keine Diarrhoeen. Beobachtet 2 Monate. Anfangs — 10 Tage lang — hohes unregelmässiges Fieber mit Eitercurve. Nach der Incision des dem Scheidengewölbe anliegenden Tubensackes Nachlassen des Fiebers. Genesen. — 11 Untersuchungen. Vor der Incision 2 mal starke Reaction, 20 und 30 Tropfen Hypochloridlösung konnten zugesetzt werden, bevor Entfärbung eintrat. Nach der Incision einmal starke (11 Tropfen), nur 8 mal schwache Reaction.

2. P. P. 26 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa. Mittlere Ernährung. Keine Verdauungsstörungen. Grosses Beckenexsudat mit abendlichen hohen Fiebersteigerungen. Fluctuation im hinteren Scheidengewölbe. Incision. Abfluss reichlicher Menge Eiter. Darnach noch 9 Tage subfebrile Temperatur. Genesen. — 4 Untersuchungen. Vor der Incision ein mal starke Reaction, nach derselben 3 mal schwache Indicanreaction.

3. A. K. 30 Jahre alt. Pyosalpinx dextra, Perimetritis. Mittlere Ernährung. Stuhl gut. Temperatur nicht hoch. Incision und Entleerung von dickem Eiter. Darnach Temperaturabfall. Genesen. — 5 Untersuchungen, 2 mal vor und 3 mal nach der Incision, ergaben schwache Reaction.

4. A. M. 29 Jahre alt. Bartholinitis suppurativa. Gute Ernährung, keine Verdauungsstörungen. Fieber. Hühnereigrosser fluctuirender Abscess wird incidirt. Genesen. — 4 Untersuchungen, 2 mal vor 2 mal nach der Incision, ergaben schwache Indicanreaction.

5. M. S. 35 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa. Mittlere Ernährung. Stuhl durch Klysmen regulirt. Grosses Beckenexsudat. Fieber besonders des Abends hoch. Nach 3 wöchentlichem Hospitalsaufenthalt bildete sich im hinteren Scheidengewölbe deutliche Fluctuation aus. Pat. gestattete die Incision nicht und verliess das Hospital. — 4 Untersuchungen an den letzten Tagen des Hospitalsaufenthaltes ergaben Spuren oder normale Mengen von Indican.

6. M. J. 25 Jahre alt. Pyosalpinx duplex. Gute Ernährung, Eitercurve des Fiebers. Beiderseits vom Uterus deutlich fluctuirende Tumoren. Pat. willigte in die vorgeschlagene Operation nicht ein, sondern verliess das Hospital. — 4 Untersuchungen, als die Fluctuation schon deutlich war mit negativem Resultat.

7. A. S. 25 Jahre alt. Perimetritis puerperalis suppurativa. Gute Ernährung. Stuhl wird regulirt durch Lavements, Fieber und Schüttelfröste bis zur Incision des vereiternden Beckenexsudates. Darnach Temperaturabfall. Genesung. — 6 Untersuchungen je 3 vor und nach der Eröffnung des Abscesses, ergaben nicht vermehrte Indicanausscheidung.

8. P. F. 18 Jahre alt. Perimetritis puerperalis. Abscessus femoris sinistri. Gute Ernährung, Stuhl regelmässig. Unregelmässige Schüttelfröste. Eitercurve. Incision. Genesen. — 8 Untersuchungen, je 4 vor und nach der Incision, ergaben sehr schwache Reaction.

9. A. S. 22 Jahre alt. Sectionsdiagnose: Pleuritis seropurulenta, Peritonitis fibrinoso-purulenta acuta, Cystitis acuta, Endometritis puerperalis septica, Parametritis purulenta sinistra. Reducirte Ernährung, Temperatur hoch. Puls beschleunigt. Lag im Hospital 7 Tage. Tod. — 4 Untersuchungen ergaben 2 mal nicht verstärkte, 2 mal verstärkte Indicanreaction.

10. O. J. 46 Jahre alt. Rechtsseitige intraligamentäre vereiterte Ovarialcyste. Fieber hoch mit starken Schwankungen. Reducirte Ernährung, kein Durchfall. Incision der Cyste und Entleerung serös eitriger Flüssigkeit; subfebrile Temperatur nach der Operation. Darnach Genesung. — 5 Untersuchungen 2 mal vor und 3 mal nach der Incision mit negativem Resultat.

11. P. J. 32 Jahre alt. Perimetritis suppurativa. Gute Ernährung, Stuhl regelmässig. Deutlich fluctuirendes Beckenexsudat. Pat. will einen operativen Eingriff nicht gestatten, verlässt dass Hospital. — 4 Untersuchungen: einmal verstärkte Indicanreaction mit 12 Tropfen Chlorkalklösung, 3 mal schwache Reaction.

12. A. O. 19 Jahre alt. Bartholinitis dextra suppurativa. Gute Ernährung. Apfelgrosser fluctuirender Abscess. Nach Incision Genesung. — 4 Untersuchungen: 2 mal vor und 2 mal nach der Incision mit negativem Resultat.

13. T. A. 23 Jahre alt. Pyosalpinx dextra, Peritonitis circumscripta purulenta septica post abortum. Gute Ernährung, keine Verdauungsstörungen. Hohes Fieber. Eröffnung des Abscesses in der Linea alba. Entleerung trüben Eiters mit faeculentem Geruch. Nach 4 Tagen, unter fortschreitendem Collaps, Tod. Section. — 4 Untersuchungen ergaben nicht vermehrte Indicanausscheidung.

14. M. S. 44 Jahre alt. Fibromyoma uteri gangraenosum, Pyosalpinx duplex, Oophoritis sinistra purulenta, Peritonitis. Hohes Fieber, fortschreitender Kräfteverfall. Tod. Section. — 4 Untersuchungen ergaben schwache Indicanreaction.

15. M. L. 29 Jahre alt. Pyosalpinx dextra post abortum. Unregelmässiges Fieber. Incision des Abscess und Entleerung dicken Eiters. Genesen. — 7 Untersuchungen: 3 mal vor und 4 mal nach der Incision, ergaben keine verstärkte Indicanausscheidung.

16. T. M. 27 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa. Fluctuation im hinteren Scheidengewölbe. Incision. Genesen. — 6 Untersuchungen: vor der Incision 2 mal schwache, 1 mal verstärkte Reaction. Nach der Incision 1 mal vermehrte, 2 mal schwache Indicanreaction.

17. W. M. 20 Jahre alt. Pyosalpinx duplex, Pelveoperitonitis post abortum. Hohes Fieber. Gute Ernährung, Stuhl regelmässig. Es wurden 300 Cubcm. dünnflüssigen Eiters entleert. Genesen. — 5 Untersuchungen: 2 mal vor und 3 mal nach Eröffnung des Eiters, mit negativem Resultat.

18. J. S. 28 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa. Hohes Fieber bis zur Incision. Verdauung gut. Entleerung dicken Eiters, darnach Fieberabfall. Genesung. — 5 Untersuchungen, 2 mal vor und 3 mal nach der Incision, ohne verstärkte Indicanreaction.

19. R. P. 18 Jahre alt. Bartholinitis suppurativa. Hühnereigrosser Abscess. Eröffnung. — 3 Untersuchungen: 1 mal vor, 2 mal nach der Eröffnung, ergaben negatives Resultat.

20. A. J. 21 Jahre alt. Pyosalpinx dextra. Gute Ernährung, Stuhl regelmässig. Hohes Fieber bis zur Entleerung des Tubensackes. Genesen. — 4 Untersuchungen: 2 mal vor und 2 mal nach der Entleerung des Eiters, ergaben nur Spuren von Indican.

21. O. U. 29 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa, Empyema dextrum. Zu Hause schon lange krank, hohes Fieber, Durchfälle. Durch Incision des Beckenexsudates wurden 200 Cubcm. stinkenden, dünnflüssigen Eiters entleert. Entwickelung eines rechtsseitigen Empyem's (Probepunction). Pat. konnte sich nicht zur Empyemoperation entschliessen, verliess das Hospital in ganz desolatem Zustande. Tod am folgenden Tage zu Hause. — 8 Untersuchungen: 5 mal verstärkte 3 mal schwache Indicanreaction.

22. E. K. 39 Jahre alt. Cystoma ovarii dextrum intraligamentosum, Pelveoperitonitis suppurativa. Fieber, guter Ernährungszustand. Incision des vereiterten Beckenexsudates. Temperaturabfall, einige Exacerbationen. Genesen. — 5 Untersuchungen: 2 mal vor, 3 mal nach der Incision, ergaben nicht verstärkte Indicanreaction.

23. K. D. 21 Jahre alt. Pyosalpinx dextra, Pelveoperitonitis. Gute Ernährung, Schüttelfröste, hohes Fieber. Temperaturabfall nach Incision des Abscesses und Entleerung von dickem stinkendem Eiter. Genesen. — 6 Untersuchungen: 3 mal vor und 3 mal nach der Incision, ergaben sehr schwache Indicanreaction.

24. F. R. 21 Jahre alt. Bartholinitis suppurativa. Gute Ernährung, kleinapfelgrosser Abscess. Nach Incision Genesung. — 3 Untersuchungen: 2 mal vor und 1 mal nach der Incision mit negativem Resultat.

25. R. S. 27 Jahre alt. Pelveoperitonitis suppurativa. Gute Ernährung. Stuhl gut. Hohes Fieber. Incision des vereiterten Beckenexsudates und Entleerung von reichlichem Eiter. — 6 Untersuchungen: 2 mal vor und 4 mal nach der Incision, ergaben schwache Indicanreaction.

(Schluss folgt).

Der Menstruationszustand und die Menstruationspsychosen.

Von

Prof. P. J. Kowalewski.

(Charkow.)

(Schluss).

Nachdem wir Obiges in Bezug auf die Frage von dem Einfluss der Menstruationen auf das psychische Leben des Weibes dargelegt, bleiben wir unwillkürlich bei der



Frage stehen: welche Bedeutung muss man diesem Geisteszustande in gerichtlich-medicinischen Fällen beimessen? Ohne Zweifel wird jeder Menstrualzustand bei allen Frauen von Veränderungen des psychischen Lebens begleitet. Diese Veränderungen können in verschiedenen Fällen verschieden sein; deshalb ist es für den Arzt, aber auch für den Richter, sehr wichtig zu wissen, wie man die Handlungen in diesem Zustande beurtheilen soll.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass jede Menstruation bei jedem Weibe Veränderungen im Seelenzustande erzeugt, diese Veränderungen stellen aber sehr verschiedene Grade dar, von der vollen Zurechnungsfähigkeit bis zur vollen Unzurechnungsfähigkeit. Die leichteste Störung der psychischen Functionen in der Form des einfachsten, leichten Unwohlseins, der geringsten Reizbarkeit, wird bei einem völlig gesunden Weibe beobachtet, — bei seinem gewöhnlichen Leben, wo die Menstruationen viele Jahre dauern und es sich an sie schon mehr oder weniger gewöhnt hat. Schlimmer ist der Zustand und stärker die psychische Veränderung, wenn ein solches Weib ein erblich belastetes Nervensystem besitzt, oder wenn es durch häufige Geburten andauerndes Säugen, übermässige Blutverluste, Krankheiten der Geschlechtsorgane, Menstrualstörungen, seinen Organismus so geschwächt und sein Nervensystem so zerrüttet hat, dass sein Zustand einer ererbten Zerrüttung völlig gleichkommt und auf diese Weise einen günstigen Boden zur Entwickelung aller möglichen Anomalien unter dem Einflusse eines solchen Impulses, wie das Eintreten des Menstrualzustandes, bietet. Aber auch diese Veränderungen im Gebiete des Nervensystems können unter dem Einfluss erblicher Belastung und auch ungünstiger Lebensverhältnisse verschiedene Grade darbieten: einmal können diese Anomalien blos latent existiren, ohne sich im täglichen Leben zu äussern; in anderen Fällen hat diese nervöse Labilität schon zu hysterischen, epileptischen Anfällen, Anxietas praecordialis, Migräne u. s. w. geführt. In den letzteren Fällen wird der Eintritt der Menstruation von viel stärkeren Störungen begleitet werden, als in den Fällen, wo die nervöse Labilität blos im latenten Zustande besteht, denn er ruft den bereits habituellen Mechanismus eines krankhaften Anfalls leichter hervor, als wenn er ihn zum ersten Mal hervorrufen sollte. Ferner ist zu berücksichtigen, ob es die ersten, die gewöhnlichen oder die letzten Menstruationen sind, da der Grad ihrer Einwirkung sehr verschieden und folglich ihre Bedeutung in demselben Maasse ungleich ist. Endlich wird auch berücksichtigt werden müssen, in welcher Form die Menstruationen auftreten? Kommen dabei nicht etwa irgend welche Anomalien in ihrem Verlauf vor: übermässige krankhafte Absonderungen, Verminderung der Absonderungen, ihr Verhalten u. s. w.?

Alles das muss vom Arzte berücksichtigt werden, wenn er in der Eigenschaft eines Experten in Sachen eines von einem Weibe im Menstrualzustande begangenen Verbrechens hinzugezogen wird. Ein jeder von diesen Zuständen hat einen belastenden Einfluss auf das Nervensystem und die Gesammtheit mehrerer ungünstiger Bedingungen muss den Belastungsgrad des Nervensystems entsprechend vergrössern und dem gemäss die Schuld einer gesetzwidrigen Handlung mildern. Für uns steht in erster Linie die Frage: wie muss der gewöhnliche Menstrualzustand bei einem physisch und psychisch völlig gesunden Weibe angesehen werden, d. h. ein solcher Menstrualzustand, welcher sich viele Jahre bei einem Weibe wiederholt, welches nicht erblich belastet ist, nie an irgend welchen physischen Leiden gelitten und ruhig und wohl gelebt hat? Natürlich ist ein solcher Menstrualzustand ein normaler und physiologischer Act, folglich stellen auch alle Handlungen des Weibes in dieser Periode nichts Pathologisches vor und müssen verantwortet werden und dem Gesetze unterworfen sein. Man kann jedoch nicht umhin, folgendes zu erwähnen: in jeder Menstrualperiode verändert sich doch ein jedes Weib etwas in psychischer Beziehung: Da haben zufällige Beleidigung, Beschimpfung, Unglück und andere ungünstige Verhältnisse einen viel stärkeren Effect, als im gewöhnlichen Zustande. Dabei kann sich ein Vorwurf, ein Tadel, eine Bemerkung, Entgegnung u. s. w. schärfer und gewichtiger als zu anderer Zeit kundgeben. Der Effect wird nicht dem Impulse entsprechen, der erste wird den zweiten übertreffen. Wenn wir im täglichen Leben den Grund einer solchen Erregbarkeit kennen, so behandeln wir ein solches Weib nachsichtsvoll, indem wir ihm seine Schuld verzeihen und sie auf Rechnung des Menstrualzustandes setzen. Das Gesetz hat auch nicht das Recht in diesen Fällen gleichgiltig zu sein. Wenn ein solches Weib in der Menstrualperiode ein Verbrechen begangen hätte und dabei gar keine mildernden Umstände ausser dem gewöhnlichen völlig normalen Menstrualzustand aufweisen könnte, so müsste auch dann das Gericht diesen Zustand berücksichtigen und ihn als einen die Schuld mildernden Umstand hinstellen; denn er ist für den weiblichen Organismus immer und in allen Fällen ein sein Seelenleben beschwerender Umstand.

Wenn wir einen solchen Fall nehmen, wo das Weib weiss, dass der Menstrualzustand ein die Schuld mildernder Umstand ist und deshalb absichtlich einen Termin, und zwar den Menstrualzustand, zur Ausübung seiner Handlung bestimmt, so muss auch das als mildernder Umstand der Schuld angesehen werden; denn im Menstrualzustand besitzt das Weib in seiner menschlichen Schwäche eine geringere Standhaftigkeit, eine geringere Widerstandskraft gegen Regungen, Impulse und Instincte als im gesunden Zustande, weshalb es auch weniger verantwortlich sein muss.

Eine solche Sachlage verpflichtet den Arzt und den Untersuchungsrichter stets und in allen Fällen von Verbrechen durch das Weib Erkundigungen darüber einzuziehen, ob nicht die gegebene Handlung in der Menstrualperiode ausgeführt worden sei; denn dieser Zustand muss auch bei dem besten Gesundheitszustande ein mildernder Umstand für sein Verbrechen, wenn auch nur um einen Grad, sein.

Schlimmer ist es mit den ersten Menstruationen bestellt. Hier ist der Organismus noch nicht der neuen Lebensepoche angepasst, ist weniger widerstandsfähig, leichter verwundbar und nachgiebiger. Bei Abwesenheit erblicher Belastung und aller ungünstigen Lebensbedingungen wird das Nerven- und Seelenleben während der ersten Menstruationen stärker gestört als im gewöhnlichen Zustande; ein solches Mädchen ist erregbar, launisch, empfindlich, empfänglich, reizbar, veränderlich im Charakter u. s. w. Deshalb ist bei jedem Anlass und Reiz der Effect unvergleichlich stärker, als im gesunden Zustande oder bei einem Weibe im gewöhnlichen Menstrualzustande. Da hier der Menstrualzustand an sich und der Umstand, dass diese Menstruationen das erste Mal eintreten, zusammenwirken so muss eine Milderung der Schuld um zwei Grade zugelassen werden: der eine Grad muss auf Rechnung des Menstrualzustandes fallen, der andere darauf, dass diese Menstrualzustände zum ersten Mal eintreten. Dabei taucht die ziemlich schwierige Frage auf, was denn eigentlich erste und was gewöhnliche Menstruationen sind. Wieviele Menstruationen müssen zu den ersten gerechnet werden? Das sind concrete Fragen und müssen ex tempore mit Berücksichtigung der Organisation des Mädchens, der Quantität des ausgeschiedenen Blutes, der Art des Erscheinens der Menstruation u. s. w. entschieden werden. Alles kann nicht vorhergesehen werden und man muss solche Fragen für jeden einzelnen Fall beantworten.

Was über die ersten Menstruationen des Mädchens gesagt worden ist, dasselbe muss auch von den ersten



Menstruationen der Frau gesagt werden, d. h. von den ersten Menstruationen, welche nach der Geburt oder nach einer unzeitigen Geburt eintreten. Wenn dabei auch das Moment der Ungewöhnlichkeit der Erscheinung fehlt, so treten statt seiner so wichtige Erschütterungen des Nervensystems ein wie: Schwangerschaft, Geburt u. s. w., welche nicht weniger ernst sind als die ersten monatlichen Reinigungen beim Weibe. Noch ernster erscheint das Aufhören der Menstruationen im klimakterischen Alter. Dabei treten Veränderungen ein nicht nur in der Blutcirculation unter dem Einflusse des Aufhörens der Menstruationen, sondern auch regressive Veränderungen in den Geweben des Organismus, darunter auch im Centralnervensystem. Deshalb gilt bei sonst günstigen Lebensbedingungen das Aufhören der Menstruationen im klimakterischen Alter als eine doppelte Belastung des Nervensystems des Weibes, und muss es zu einer zweifachen Milderung der Strafe für ein Verbrechen Anlass geben, welches in der Periode des Aufhörens der Menses begangen worden ist.

Ebenso müssen als mildernde Umstände Störungen im Verlauf und im Eintreten der Menstruationen angesehen werden: übermässig verstärkte Menstruationen, sehr spärliche Menstruationen, Dysmenorrhoe und Amenorrhoe. Alle diese Zustände stellen krankhafte Anomalien im Menstrualgebiet vor, welche ohne Zweifel auf das Nerven- und Seelenleben des Weibes unvergleichlich stärker einwirken als der gewöhnliche Menstrualzustand. Nach ihrer Einwirkung müssen diese Anomalien gleichgestellt werden und sind keineswegs geringer als die ersten Menstruationen; folglich müssen alle diese Anomalien sowohl von den Aerzten als auch von den Richtern ins Auge gefasst und unter die die Schuld der Angeklagten mildernden Umstände gezählt werden.

Pathologische Vererbung, vorangegangene schwere physische Krankheiten, zahlreiche Geburten mit grossen Blutverlusten, schwere Geburten — das alles sind Umstände, die das Nerven- und Seelenleben des Weibes belasten und beim Urtheil über Handlungen menstruirender Frauen in die Zahl der die Schuld mildernden Umstände gestellt werden müssen.

Alle diese Umstände, einzeln genommen, können nur die Schuld mildern, nicht aber die Angeklagte von der Verantwortung ganz befreien. Unzurechnungsfähigkeit tritt dann ein, wenn nachgewiesen ist, dass das betreffende Weib wie in der gegebenen Menstrualperiode, so auch in den früheren, Anfälle ernster Psychoneurosen und Psychosen gehabt hat. In allen diesen Fällen müssen die Angeklagten einer Prüfung unter specieller Aufsicht unterworfen werden, um das Factum zu constatiren, dass ihre Menstruationen überhaupt von Anfällen von Geisteskrankheit oder von Raserei und Bewusstlosigkeit begleitet sind. Zur richtigen Abschätzung einer criminellen Handlung solcher Personen ist es nicht nothwendig später unbedingt einen Anfall von Anxietas praecordialis oder von Hysteroepilepsie, oder Epilepsie, oder Dipsomanie oder irgend welcher anderen impulsiven Störung zu constatiren. Denn Verbrechen werden fast nie unter gewöhnlichen Umständen begangen. In einer ungeheueren Mehrzahl von Fällen finden Verbrechen bei einem besonderen Zusammentreffen von Umständen statt. Deshalb genügt es bei Prüfung der gegebenen Personen das Vorhandensein von Anfällen von Psychoneurosen und Psychosen in früheren Menstrualperioden oder die volle Möglichkeit ihrer Entwickelung und Erscheinung überhaupt, unabhängig vom Menstrualzustande, zu constatiren; ihre Aeusserung in dem Momente des Verbrechens wird festgestellt werden durch die das Verbrechen begleitenden Umstände und durch Zeugenaussagen.

Daraus kann Folgendes geschlossen werden: nachdem der Untersuchungsrichter das Factum constatirt, dass das Verbrechen von der Angeklagten im Menstrualzustande ausgeübt wurde, und vom Arzte die Erklärung erhalten hat, dass die betreffende Handlung mit Störungen im Nerven- und psychischen Zustande menstrualen Charakters in Verbindung stehen kann, so ist er verpflichtet eine solche Angeklagte in eine specielle Anstalt für Geistes- und Nervenkranke zur Prüfung zu schicken. Wenn der Arzt eine solche Angeklagte erhält und den Zustand ihrer geistigen Fähigkeiten wie auch ihren Seelenzustand im Augenblicke der Ausführung des Verbrechens zu bestimmen hat, so ist er verpflichtet alle Daten nicht nur über Erblichkeit und alle Lebensverhältnisse überhaupt, sondern speciell auch über den Verlauf der Menstrualperioden im früheren Leben, über das Auftreten von Psychosen- und Neurosenanfällen im Laufe des Lebens überhaupt, und besonders über die Beziehung dieser krankhaften Aeusserungen zu den Menstrualperioden zu sammeln. Wenn festgestellt wird, dass die Angeklagte auch im Verlaufe früherer Menstrualperioden nicht selten, wenn auch nicht immer, Anfälle von Hysterie, Epilepsie, Gewaltthätigkeit, Impulsivität, schnell vorübergehenden Nervenstörungen u. s. w. geäussert hat, so ist dem Arzte hinreichender Grund zur vorsichtigen und sorgfältigen Beurtheilung des Momentes des Verbrechens selbst geboten. Es versteht sich, dass hierbei die Umstände entscheiden. Für den Arzt ist aber auch eine andere Sachlage von Bedeutung: Es kann vorkommen, dass die Angeklagte Hysterie, Epilepsie, Dipsomanie, Gramanfälle u. s. w. nicht im Laufe der Menstrualperioden, sondern in den lichten Zwischenräumen derselben geäussert hat. Auf diese Weise wird der Causalnexus zwischen Neurose und Menstrualzustand nicht nachgewiesen. Eine solche Sachlage braucht den Arzt nicht zu verwirren. Genug, dass sie für den betreffenden Organismus existirt. Denn, wenn diese krankhaften Zustände sich unter andern ungünstigen Lebensverhältnissen äussern, so können sie auch durch die Menstrualperiode zur Aeusserung gebracht werden, wenn sich hierzu noch irgend ein Umstand gesellt, der der menstrualen Einwirkung Vorschub leistet. Wiederum muss hinzugefügt werden, dass eine entscheidende Bedeutung Zeugenaussagen und die das Verbrechen begleitenden Umstände haben müssen.

Wenn nachgewiesen wird, dass die incriminirte Handlung im Zustande von Hysteroepilepsie, Epilepsie, Anxietas praecordialis, in pathologischem Affect, gewaltthätigem und impulsivem Zustande ausgeübt wurde, so sind solche Handlungen in krankhaftem Zustande ausgeübt worden, der sich bis zum Verlust der Vernunft und zur Bewusstlosigkeit gesteigert hat, und die Angeklagte muss als unzurechnungsfähig angesehen werden.

Aber vom Gericht für unzurechnungsfähig erklärt, bleiben solche Personen für das ganze Leben gezeichnet. Diese Personen sind der Gesellschaft in hohem Grade gefährlich, denn sie befinden sich in solchen Lebensbedingungen, in denen sie ein neues Verbrechen begehen können. Solche Personen müssen unter die Aufsicht nahestehender und dabei völlig zuverlässiger Leute gestellt werden, damit zur gegebenen Zeit Maassregeln zur Milderung ihrer krankhaften Erregbarkeit und zum Schutz der allgemeinen Wohlfahrt getroffen würden. Noch besser wäre es, wenn es besondere Gerichtsärzte gäbe, welche mit den Geisteskrankheiten völlig vertraut, die Heilung solcher Kranken und ihre sorgfältige Ueberwachung zu leiten hätten, da sie eine fortwährende Gefahr für sich und die Umgebung vorstellen.

Was also Personen anbetrifft, bei denen während der Menstrualperiode offenbare Psychosen sich entwickeln, so sind alle Handlungen solcher Personen als Handlungen Geisteskranker zu betrachten; die Personen sind unzurechnungsfähig und daher unverantwortlich.



Referate.

W. Kruse und A. Pasquale: Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess. (Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. XVI. H. 1. S. 1—148).

Zunächst kommen die Verf. auf Grund von Literaturstudien zum Schlusse, dass bislang eine genügende Bearbeitung der Dysenterie noch ausstehe: von denjenigen Forschern, welche Bacterien als Krankheitserreger bei genannter Darmaffection erkannt zu haben meinten, soll bloss Ogata für Japan mit einiger Sicherheit einen feinen Bacillus ermittelt haben. In Bezug auf Amoeben seien schon mehr Forscher anzuführen, obwohl auch hier nicht ausgeschlossen worden sei, ob die Amoeben nicht bloss secundär an der Erkrankung betheiligt seien. Auch in der pathologischen Anatomie herrsche unter den Autoren verschiedener Länder keine völlige Uebereinstimmung. Um in diese Fragen Klärung zu bringen, unternahmen die Verf. eine Forschungsreise nach Alexandrien, deren Resultate in vorliegender Abhandlung wiedergegeben werden.

Die erste Frage, welche sich dieselben stellten, war: ob den Darm des normalen Menschen unter Umständen nicht gleichfalls Microorganismen bewohnen, welche den vermuthlichen Erregern der Dysenterie ähnlich sind. Als Antwort ergab sich, dass in Europa allerdings in vielen Fällen derartiges beobachtet wird, dass aber andrerseits morphologisch von diesen nicht unterscheidbare Organismen die Erreger einer echten Dysenterie sind. In Egypten sind jedoch die Amoeben als gelegentlicher Befund nur ausnahmsweise gefunden worden, während sie bei der Dysenterie daselbst ein regelmässiger Befund sind. Die Grösse dieser Amoeben in den Darmausscheidungen wechselt sehr erheblich, 10—50 μ, wobei die grösseren Individuen prävaliren. Inbetreff der feineren Structur wird angegeben, dass man während der Bewegung der Amoeben deutlich ein Endound Ectoplasma unterscheiden könne; sonst erscheinen sie entweder fast homogen, oder feingranulirt, oder, was meist der Fall, schaumig, in Folge einer grossen Ansammlung verschieden grosser Vacuolen. Im Zellenleibe findet sich ferner ein völlig runder Kern von etwa 6 μ im Durchmesser, der fast immer excentrisch liegt, und schwer färbbar ist, was differentialdiagnostisch bedeutsam ist. Die Fortpflanzung der Amoeben scheint durch directe Theilung zu erfolgen.

Den Fundort bilden hauptsächlich die eiweissartigen, glashellen, oft von Blutstreifen durchzogenen Schleimmassen, jedoch nicht in jedem Stuhle und nicht immer häufig. In älteren Fällen kommen die trüberen Partikelchen in Betracht. In 20% aller von den Verf. untersuchten 50 Fälle wurden in den Darmausleerungen die Amoeben sogar ganz vermisst, was im Gegensatze steht zu den Angaben von Kartulis, der sie in 500 Fällen stets fand. In mikroskopischen Schnitten dagegen wurden sie auch hier regelmässig gefunden, sowohl im Inneren der Darmdrüsen, als auch in der serös durchtränkten oder necrotischen Submucosa. Sie waren stets vergesellschaftet mit Bacterien, von denen die Verf. hauptsächlich Streptococcen, typhusähnliche Bacillen und den Bacillus clavatus züchteten. Am reichlichsten fanden sich diese im Blute der Vena portae, und es glauben deswegen K. und P., dass die in den dysenterischen Organen gefundenen Bacterien im Wesentlichen einfach von der Stelle der primären Darmaffection aus resorbirt sind.

Pathologisch-anatomisch fanden die Verf. für die egyptische Dysenterie einen hämorrhagischen Katarrh mit Ulcerationen, deren Ursprung in eigenthümlichen necrotischen Veränderungen der Submucosa zu suchen ist, und welche wahrscheinlich durch gemeinsame Arten von Bacterien und Amoeben im Darm bedingt werden. Die Amoeben verfügen über die Fähigkeit tief in die Gewebe der Darmwand und über diese hinaus vorzudringen und Leberabscesse zu erzeugen. Für diese gilt in Egypten jedoch eine doppelte Entstehungsweise, da sie auch ohne Betheiligung von Amoeben entstehen können.

Künstliche Züchtungsversuche der Amoeben misslangen und als einzig positives Resultat derselben ist zu verzeichnen, dass die Verf. es äusserst wahrscheinlich gemacht haben, dass die von Kartulis gezüchteten Amoeben einfach Stroh-Amoeben waren.

Aus Uebertragungsversuchen mit verschiedenem Materiale ergab es sich, dass 1) die Amoeben der normalen menschlichen Fäces sich von denen der dysenterischen Entleerungen durch den Mangel eines pathogenen Effectes gegenüber Katzen unterscheiden und 2) dass die aus Strohinfus gezüchteten Amoeben gleichfalls für Katzen unschädlich sind. Demnach unterscheiden die Verf. eine Amoeba dysenteriae und eine Amoeba coli.

Ferner wollen die Verf. drei Dysenterieformen unterschieden wissen a) Die Amoebendysenterie, welche wesentlich ein Kind des heissen Klima's sein soll, wo sie endemische Verbreitung besitzt. b) Japanische Dysenterie. c) Die eigentliche Ruhr unseres Klima's, aetiologisch noch unklar — eine Eintheilung, welche nach des Ref. Meinung nicht nur an sich verfrüht ist, sondern auch nicht einmal aus der referirten Arbeit als bewiesen hervorgeht: so ignoriren z. B. K. und P. die Befunde Hlawa's, der in Böhmen in 60 Fällen stets Amoeben fand, nachdem er die Kartulis'schen Untersuchungen gelesen, und zwar da, wo er vorher keine fand; und dies nur aus dem einfachen Grunde, weil die Hlawa'schen Angaben nicht controllirt sind!

W. Gerlach.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 20. April 1894.

1. Dr. Berkholz (als Gast). Ueber clonische und tonische Muskelcontractionen im epileptischen Anfall.

Vortragender betont, dass die Frage nach dem Entstehungsorte epileptischer Convulsionen noch nicht gelöst sei; sowohl eine rein corticale, als eine cortico-medulläre, als auch eine rein medulläre Theorie finden Vertretung in der Wissenschaft bis in die neueste Zeit.

Die Resultate seiner an ca. 60 Thierversuchen gesammelten Erfahrungen können in folgende Sätze zusammengefasst werden:

Wird die Hirnrinde einerseits im Gebiete der psychomotorischen Zone für die Extremit. und den Rumpf entfernt, so beobachtet man in den entsprechenden Extremitäten wohl noch Mitbewegungen, d. h. Unverricht's secundäre Zuckungen, aber keinen Clonus mehr. — Tonus dagegen wohl noch. Wird die Hirnrinde beiderseits in derselben oben beschriebenen Anordnung entfernt, so bleiben während des clonischen Theiles des epileptischen Anfalles, die Extremit. vollkommen ruhig, bis plötzlich in allen zugleich tonische Starre eintritt. Hieraus zieht Vortragender den Schluss, dass der Clonus in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Hirnrinde steht, der Tonus nicht.

Vortragender hebt hervor, dass er bei allen seinen Versuchen die Krämpfe hervorbrachte durch intravenöse Injection von Physostigmin, Santonin, Cocain, Codein oder Strychnin; nach Application dieser Gifte sah er Krämpfe entstehen, die mit den, bei electrischer Reizung der Hirnrinde auftretenden vollkommen identisch waren. Seiner Versuchsmethode will er eine besondere Bedeutung zumessen, weil dieselbe ihm gestattet, auch nach Exstirpation der psychomotorischen Rindenzone, denselben Reiz in gleicher Weise wirken zu lassen, der bei intacter Hirnrinde die Krämpfe hervorgerufen hatte, was bei electrischer Reizung nicht möglich.

Vortragender meint eine cortico-medulläre Theorie für die Entstehung epileptischer Convulsionen aus physiologischen Gründen, und weil sie überaus gezwungen und unverständlich erscheint, verwerfen zu müssen. Er stellt dagegen, sich der rein medullären Theorie anschliessend, die Hypothese auf, dass die Hirnrinde beim Entstehen der Convulsionen einen hemmenden Einfluss ausübe, welcher der Entstehung des Clonus zu gute komme, da immer auf's Neue hemmende Impulse von ihr ausgingen, welche den Krampf, resp. Tonus unterbrächen, und nach deren vollkommenen Ueberwindung es erst zum Tonus kommen könnte. Vortragender kommt zu dieser Hypothese namentlich im Anschluss an die Beobachtungen Bubnow's und Heidenhain's, dass für geringe motorische Actionen die Hirnrinde ein Hemmungscentrum bildet; er will dieses auch auf Krämpfe, die doch schliesslich nur heftigere motorische Actionen sind, angewandt wissen, und begründet seine Hypothese durch einzelne aus der Pathologie der Epilepsie bekannte und aus der experimentellen Epilepsie geschöpfte Beispiele, die für die Richtigkeit seiner Theorie sprechen würden. (Autorreferat).

Dr. Holst bemerkt, dass er für seine Person bisher ein Anhänger der Theorie gewesen sei, nach welcher von einem und demselben Centrum aus sowohl clonische als tonische Contractionen, je nach der Intensität der Reizwirkung ausgelöst werden könnten.

Der dualistischen Auffassung, welche für jede der beiden Contractionsarten verschiedene Centren annähme, könne er nicht zustimmen. Die Hypothese des Vortragenden habe viel Plausibles für sich, nur will es ihm scheinen, dass durch dieselbe manche klinische Beobachtung nicht gut erklärt werden könne, z. B., handele es sich bei der Jackson'schen Epilepsie um Läsion der Hirnrinde, während die subcorticalen Partien intact gefunden werden, und dennoch treten hier clonische Contractionen auf.

Dr. Berkholz erklärt diesen scheinbaren Widerspruch durch die Möglichkeit einer Fernwirkung der die Hirnrinde treffenden Reize auf das Krampfcentrum.

Dr. Tiling betont, dass seine psychiatrischen Beobachtungen, namentlich der Krampfzustände bei allgemeiner Paralyse, entschieden den Entstehungsort derselben in der Hirnrinde annehmen lassen. Die Hypothese Dr. Berkholz's sei entschieden beachtenswerth, nur könne sie nicht in ausreichender Weise das so überaus complicirte Bild der Epilepsie erklären, dasselbe spiele sich, mit der Aura beginnend, anfangs



vorwiegend auf sensiblem Gebiete, gleichzeitig die Psyche beeinflussend ab, und erst später werden auch die motorischen Bahnen ergriffen, bis schliesslich die Erscheinungen sich über das ganze Nervensystem ausgebreitet haben. Bei Berücksichtigung dieser Thatsache müsse man sich a priori dagegen sträuben, von einem Centrum aus alle diese mannichfaltigen Erscheinungen ausgelöst zu denken.

Dr. Berkholz giebt durchaus zu, dass seine Hypothese nicht ausreicht, das ganze verwickelte Bild der Epilepsie zu erklären. Er habe bei seinen Versuchen an Thieren auch nur beabsichtigt, die am leichtesten zu studirenden motorischen Componenten zu analysiren. Diese Versuche lassen eine andere Deutung nicht zu.

Dr. Bergmann führt gegen die Theorie des Vortragenden die Beobachtung in's Feld, dass nach Operationen bei Jackson'scher Epilepsie doch nach einiger Zeit sehr häufig Recidive in Form von clonischen Contractionen zu registriren sind.

Dr. Berkholz erklärt diesen Umstand dadurch, dass bei der Operation wohl selten in so radicaler Weise die Rindenpartien abgetragen werden, wie beim Thierversuch. Hier hätte er sich wiederholt bei Sectionen davon überzeugen können, dass bei Zurücklassen nur minimaler Rindenpartien doch noch clonische Contractionen ausgelöst werden konnten. Ausserdem werde bei Operationen immer nur einseitig die psychomotorische Zone entfernt, wodurch es zu den clonusähnlichen Zuckungen der entsprechenden Extremitäten kommen könne, welche nach Unverricht als secundäre zu bezeichnen wäre.

Dr. Paul Klemm hält die Annahme eines Krampfcentrums, zumal ein solches anatomisch noch nicht nachgewiesen, für unnütz, da das Zustandekommen der einzelnen Krampfformen sich durch die verschiedene Verknüpfung sensibler und motorischer Bahnen genügend erklären lasse. Ferner weist er auf die Behauptung Exner's hin, dass die Centren im Gehirn durchaus nicht in circumscripter Weise angelegt seien, sondern in mehr diffuser Weise in einander übergreifen.

Dr. Berkholz betont demgegenüber, dass seine Thierversuche strict auf ganz circumscripte Anordnung der einzelnen Centren hinweisen, denn bei Reizung circumscripter Stellen reagiren immer bestimmte Muskelgruppen.

Dr. Schönfeldt spricht sich ebenfalls gegen die Hypothese eines Krampfcentrums aus. Man müsste dann annehmen, dass dasselbe einen Knotenpunkt der unzähligen cortico-muscul.-Bahnen darstelle, und dass von überall her — nur um Krämpfe zu vermitteln — ganz aparte Fasern eigens zu diesem Convulsionscentrum hinziehen; diese Verbindung müssten wir ferner bei Allen als in der Anlage bestehend voraussetzen, obgleich dieses Centrum bei der grössten Mehrzahl der Menschen während des ganzen Lebens inhibirt bleibt. Verlegt man aber andrerseits diesen Sammelpunkt in die psychomotorische Bahn, so würde eine Läsion dieser Stelle, an welcher alle Fasern überaus eng bei einander liegen müssten, einen Ausfall der motorischen Functionen im ganzen Körper zur Folge haben, was klinisch nicht beobachtet ist. Die Auffassung der Epilepsie als eine Affection des Krampfcentrums erscheint — abgesehen von dem Einwande Dr. Tiling's, dass die Epilepsie eine Allgemeinerkrankung des Gehirns sei — schon aus dem Grunde nicht zulässig, weil eine grosse Zahl der Fälle (epileptische Aequivalente etc.) überhaupt ohne Krämpfe verlaufen. Vollends aber ist die Auffassung: jeder Krampf sei eigentlich stets tonisch, er werde nur durch den hemmenden Einfluss der Hirnrinde zu einem clonischen gemildert, klinisch nicht haltbar; denn wir müssten dann, eine principielle Zusammengehörigkeit allgemeiner und localer Convulsionen vorausgesetzt, z. B. durch's ganze Leben hindurch in gleich typischem Ablauf bestehenden Krampfzuständen (etwa der mimischen Musculatur bei Läsion des Thalam. opt., Lachzwang) die Bedeutung eines primären und directen Herdsymptomes absprechen: sollte in der That die Hemmung von Seiten der Hirnrinde durch Jahre die eigentlich tonisch sein sollenden Convulsionen jedesmal zu absolut identischen Zuckungen abschwächen können!? Wir bedürfen überhaupt nicht der Annahme eines Krampfcentrums, sondern fassen den Krampf als directe Reizerscheinung der in der Rinde belegenen motorischen Centren auf; eine destructive Läsion derselben verursacht Lähmung, eine Reizung des motorischen Rindengebietes bewirkt Zuckungen, und bei allgemeiner Ausbreitung des Reizes — allgemeine Krämpfe.

Dr. Donner meint, dass nach der Hypothese Dr. Berkholz's eine Reizung der Hirnrinde mit dem electrischen Strom eigentlich keinen Effect haben dürfte, da ja der Reiz gleichzeitig auf's Krampf- und Hemmungscentrum wirke.

Dr. Berkholz erwidert demgegenüber, dass wir durchaus nicht anzunehmen brauchen, es wirke der electrische Strom auf alle Centren in gleicher Weise. Er könne sehr wohl auf ein Centrum lähmend und gleichzeitig auf ein anderes rezend wirken.

Von Herrn Dr. Schönfeldt sei er missverstanden worden, indem er durchaus nicht an dem Begriff eines circumscripten Krampfcentrums festhalte, sondern die Entstehung der Krämpfe allen cerebral gelegenen motorischen Centralapparaten überweise, mit Ausnahme der Hirnrinde, welcher er eine hemmende, jede motorische Action regelnde Thätigkeit zuspeche.

Secretair: Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Fortsetzung).

9. Heusner stellt einen Fall von angeborener spastischer Gliederstarre und rechtsseitiger angeborener Hüftgelenksluxation vor. Er bespricht die Pathologie und orthopädische und operative Behandlung. Hessing'sche Apparate ermöglichen den Patienten die Locomotion.

Hofmeister. Ueber die Schenkelhalsverbiegung. Das Leiden ist nicht selten. H. hat 33 neue Fälle beobachtet. Krankheitsbild: geringe Schmerzen in einer oder beiden Hüften. Pat. hinken nur gelegentlich bei Schmerzen. Diese werden aber stärker, so dass sie zuletzt auch bei Ruhe und passiven Bewegungen auftreten. In anderen Fällen fehlen die Schmerzen, es tritt bloss bald Ermüdung und Atrophie ein.

H. unterscheidet 2 Gruppen: Die eine in früher Jugend bis zum 13.—18. Lebensjahr, die anderen bis zum 30. Lebensjahr.

Nach Jahren bleibt nur eine Prominenz der Hüfte zurück. Die Patienten hinken, weil sie eine reelle Verkürzung von $1^1/_2$ bis 7 Ctm. aufweisen. Die Abduction erscheint behindert die Adduction ist frei, meist ist auch die Aussenrotation beschränkt, Flexion null. Die Beine stehen in Adduction und Aussenrotation, so dass die Patienten beim Knieen die Unterschenkel kreuzen und nicht mit geschlossenen Knieen sitzen können. Dabei findet sich keine Rachitis, nur ab und zu Combination mit Genu valgum.

Die anatomische Deutung giebt H. an Abbildungen. In allen Fällen ist Pfannenwanderung ausgeschlossen. Mit der Verbiegung stimmt die Adductionshemmung. Bei «Coxa vara» spielt die Belastung eine ätiologische Rolle bei gleichzeitiger Abnahme der Festigkeit des Knochens. Die Diagnose ist nicht immer leicht, ja es ist schon deswegen die Resection gemacht worden. Differentielle Diagnose gegenüber der Coxitis oft sehr schwer, die meisten gehen als Coxitiden, namentlich ambulatorische. Bei Coxa vara, die häufig sei und überall vorkomme, zeigt Aussenrotation mit beschränkter Adduction. Alle übrigen Bewegungen sind frei. Es fehlen alle Erscheinungen von Entzündung, der Verlauf ist milde. (Miculicz bezeichnet sie als «Spätrachitis».)

Therapie: Massage, Extension. Ist das Leiden ausgebildet, so soll man nicht reseciren, sondern Osteotomia subtrocanterica ausühren.

Discussion: Bardeloben meint, man müsse in Operationscursen nach Präparaten fahnden um dieses interessante Leiden besser kennen zu lernen.

Schede sah bei Volkmann Schenkelhalsverbiegungen bei Osteomyelitis. Es war dieses also keine Belastungsdeformität. Er betont nochmals, dass allein der Hochstand des Trochanters keine Berechtigung zur Diagnose Coxitis involvire; solche Kinder sitzen wie Türken und liegen wie decapitirte Frösche.

9. Leser (Halle). Ueber Trockennekrose des Knochens, ihre Bedeutung und ihre Verhütung. — Brachte nichts Neues.

Unmittelbar nach der Sitzung waren die Glieder der Gesellschaft geladen sich Schiessversuche auf den kugelsicheren Panzer des Schneidermeisters Dowe anzusehen, die im Wintergarten des Central-Hotels vorgenommen wurden. Der Kunstschütz Capt. Martin, der die Schüsse mit dem derzeitigen deutschen Magazingewehr (7 Mm.) abgab, legte erst einige Proben seiner Geschicklichkeit ab (2 Eier a tempo mit 2 Pistolen vom Kopfe eines Menschen), durchschoss dann mit dem deutschen Militärgewehr einen Eichenblock von 70 Ctm. Dicke. Die Gäste konnten sich durch Augenschein davon überzeugen, dass das Magazin mit Originalmilitairpatronen geladen wurde. Jetzt stellte sich Herr Dowe, der öffentlich dieses Experiment nicht machen durfte, mit seinem Panzer vor der Brust auf die Bühne, und liess mit grosser Kaltblütigkeit Herrn Martin sein ganzes Magazin (5 Schuss) sich gegen die Brust, schiessen. Er zuckte nur ganz wenig mit den Händen, die den Rand des Panzers hielten und gegen den Körper drückten. Wie er versicherte, verspürte er bei dieser Haltung gar keine wesentliche Erschütterung. Der Panzer, der die Form des Brustsstückes eines Harnisches hat, war ca. 8—10 Ctm. dick und mit schwarzem Tuch überzogen. Er wog ursprünglich 8 Pfund, war jedoch durch das viele in ihm sitzende Blei (60—70 Schuss) etwas schwerer geworden. Obgleich Herr Martin wiederholt die Patronen vorwies, und sich bereit erklärte, auch vom Publicum gelieferte Patronen verwenden zu wollen, schien ein Teil der Collegen noch immer einen Humbug (schwache

Ladung oder dergl.) zu argwöhnen, hauptsächlich wohl, weil in der That die Wirkung des Panzers eine überraschende war. Eben noch konnte der mächtige Eichenblock der immensen Durchschlagskraft des Geschosses nicht widerstehen und gleich darauf hinderte eine relativ dünne Platte den Lauf des Projectils, so dass dieses in kleine Splitter und Fasern zerspellte. Die nach vorne gekehrte Fläche des Panzers diente nämlich gewissermassen als Kugelfang. In den Schusskanal konnte man ohne weiteres den Finger ca. 4 Ctm. oder mehr einführen und fühlte Säge- oder Korkspähne. Verständlicherweise war diese permeable Schicht nicht nur vorhanden um das Geheimniss zu decken, sondern auch um das Umherspritzen der Kugelsplitter zu verhindern. Weitere Versuche mit dem einem stattlichen Gaul aufgeschnallten Panzer zeigten abermals, wie gering die Erschütterung war, die das Projectil verursachte. Den Skeptikern wurde übrigens anderen Tages Genüge gethan: Es waren von Officieren Patronen mitgebracht deren Geschosse ebenso wirkungslos an dem Panzer abprallten.

Um 6 Uhr versammelten die festlich erleuchteten Räume des Hotel de Rome die Mitglieder des Congresses zum Diner.

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Am 3. Juni beging der Nestor der Kostromaschen Aerzte, Dr. J. N. Persijanzew das 50 jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität war P. anfangs Arzt in verschiedenen Städten des Kostromaschen Gouvernements und seit 30 Jahren in der Stadt Kostroma, wo er noch gegenwärtig als Gymnasialarzt fungirt. Die Jubiläumsfeier beschloss ein Diner, welches die Collegen zu Ehren des Jubilars veranstalteten.

— Der Professor der Augenheilkunde an der Universität Kasan, Dr. Adamjuk, ist nach Ausdienung von 30 Jahren weiter im Dienst belassen worden und erhält von nun an, ausser der Pension, ein Gehalt von 1200 R. jährlich.

— Der Professor der Pharmakologie an der Universität Kasan, Dr. Dogel, ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Der Divisionsarzt der 4. Cavallerie-Division, Staatsrath Dr. D. A. Stratanowitsch, ist zum Oberarzt des Charkowschen Militärhospitals ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der allgemeinen Therapie an der Universität Kasan, Dr. Boldyrew, ist als ordentlicher Professor bestätigt worden.

— Ordensverleihung: der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Ehrenmitgliede des Astrachanschen Gouvernements-Curatoriums der Kinderasyle, Colleg.-Rath Dr. Cramer.

— Verabschiedet: Der Director der psychiatrischen Abtheilung des Kronstädter Marinehospitals, Staatsrath Dr. Popow, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrath.

— Verstorben: 1) Am 30. Mai auf der Poststation Beklar-Bek, 80 Werst von Taschkent, Dr. Gustav Vogel, im 43. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Der Hingeschiedene wurde in Kasan, wo sein Vater Professor der altclassischen Philologie war, geboren und erhielt seine Schulbildung in St. Petersburg, worauf er im J. 1870 die Universität Dorpat bezog, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1881 wurde V. Assistent am Obuchowhospital, wo er ebenso wie später am Marienhospital unter der Leitung Carl Reyher's, sich speciell mit der Chirurgie beschäftigte, bis ihn das beginnende Lungenleiden veranlasste nach Tiflis überzusiedeln. Von dort wurde er i. J. 1889 als chirurgischer Consultant u. älterer Ordinator ans Militärhospital in Taschkent versetzt, in welcher Stellung er bis zu seinem Lebensende verblieb. Obschon das warme Klima Taschkents anfangs einen günstigen Einfluss auf seine Gesundheit ausübte, so machte doch in der letzten Zeit sein Lungenleiden bedenkliche Fortschritte. Auf der Fahrt zum Gebrauch einer Kumyskur in der Steppe trat ein heftiger Blutsturz ein, der seinem Leben nach einigen Tagen ein Ziel setzte. Der Heimgegangene war ein begabter, tüchtiger Arzt und namentlich ein ausgezeichneter Operateur und erfreute sich daher einer ausgebreiteten Praxis. Trotzdem hat er, wie die örtliche Zeitung, welche ihm einen warmen Nachruf widmet, mittheilt, seine Frau mittellos zurückgelassen. Bei der Beerdigung, an welcher die Autoritäten Taschkents, die Collegen und ein zahlreiches Publicum aus allen Kreisen der Stadt theilnahmen, hielt der Gehülfe des örtlichen Militär-Medicinalinspectors Dr. Seland eine die glänzenden Eigenschaften des Verstorbenen als Mensch und Arzt in wärmsten Worten anerkennende Grabrede. Auch in anderen Orten, namentlich in St. Petersburg, hinterlässt Gustav Vogel viele Freunde und Bekannte, welche seinen frühen Tod betrauern. Sit terra ei levis! 2) Am 22. Juni in Moskau der Ordinator am städtischen Arbeiterhospital, Nikolai Kusnezow, im Alter von 39 Jahren am Schlage. Der Verstorbene war zugleich Docent an der Feldscherschule. 3) In Prischib (Gouv. Baku) der Dorfarzt Ter-Mikelow im 36. Lebensjahre. Als kaukasischer Stipendiat erhielt er nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität die Dorfarztstelle in Prischib, wo er in den 6 Jahren seiner Wirksamkeit unter der Bevölkerung sich grosser Beliebtheit erfreute. 5) In Nowaja Majatschka (Taurien) der Landschaftsarzt Nikolai Pogorelow im 42 Lebensjahre an tuberculöser Meningitis. Der Verstorbene hat nach 15-jähriger ausgedehnter Praxis seine Frau mit zwei Kindern ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen.

— Professor Dr. Ioseph Hyrtl, dessen am 5. Juli erfolgten Tod wir in der vorigen Nummer meldeten, hat das hohe Alter von 84 Jahren erreicht. Mit ihm ist der letzte Koryphäe der alten Wiener medicinischen Schule hingegangen. Wenn Rokitansky, Skoda, Oppolzer in anderen Disciplinen der medicinischen Wissenschaft grundlegend gewirkt haben, so hat Hyrtl, kann man sagen, den Schlussstein zur descriptiven makroskopischen Anatomie des menschlichen Körpers gelegt, über welche jetzt durch das Secirmesser wenig mehr zu erforschen ist. Neue Methoden, besonders die mikroskopische Untersuchung, fördern jetzt nur noch diesen Zweig der Wissenschaft. Hyrtl's Name ist so eng mit der Wissenschaft der Anatomie verknüpft, dass derselbe in der ganzen Welt, wo irgend Anatomie studirt wird, bekannt ist. Viel dazu beigetragen haben auch sein «Lehrbuch der Anatomie» und sein «Handbuch der vergleichenden Anatomie», welche durch die denkbar anschaulichste Beschreibung der Details und die Formvollendung im Styl unübertroffene Meisterwerke in ihrer Art sind. Ebenso bedeutend wie als Forscher und Schriftsteller war Hyrtl als Lehrer. Von einer ungewöhnlich ausgebreiteten fachliterarischen und allgemein literarischen Bildung wirksam unterstützt, hat er seine grossen wissenschaftlichen und seine unerreichten Lehrerfolge hauptsächlich seiner geistigen Originalität u. der unbegrenzten Hingabe an seinen Beruf zu danken. Was den äussern Lebensgang Hyrtl's anbelangt, so war er i. J. 1811 zu Eisenstadt in Ungarn geboren und besuchte in Wien das Gymnasium u. die Universität. Schon mit 22 Jahren wurde er als Professor an der Wiener Universität angestellt. 1837 wurde er zum Professor der Anatomie in Prag, 1845 in Wien ernannt; als er sich zur Ruhe setzte, zog er sich auf seinen Landsitz zu Perchtholdsdorf bei Wien zurück. Sein grosses Vermögen, das er sich hauptsächlich durch seine wissenschaftlichen Werke erwarb, hat er fast vollständig in den Dienst echter Menschenliebe gestellt. Ausser einem grossen Waisenhause in Mödling und einer Kinderbewahranstalt in Perchtholdsdorf hat er mehrere ansehnliche Stipendien an der Wiener Universität gestiftet.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg weist eine allmähliche Abnahme auf, die den verstärkten Sanitätsmaassregeln, namentlich aber der Versorgung der ärmeren Bevölkerung mit gekochtem Trinkwasser, welches auf fast allen Strassen in hinreichender Menge aufgestellt ist, sowie der Schliessung der Getränkeanstalten an Sonn- und Feiertagen zu verdanken ist. Die grösste Anzahl Cholera-Erkrankungen ist hier am 2. Juli, nämlich 218, sodann am 5. Juli (208 Erkr.) vorgekommen, seit dieser Zeit lässt sich eine stetige Abnahme der täglichen Neuerkrankungen constatiren, die am 12. u. 13. Juli nur 146 resp. 120 betrugen. Die grösste Zahl der Todesfälle, nämlich 101, weist der 7. Juli auf: von diesem Tage an verringerte sich dieselbe und betrug am 12. u. 13. Juli nur noch 68 resp. 62. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie (19. Juni) bis zum 13. Juli in St. Petersburg 2868 Personen erkrankt, 1215 gestorben und 879 genesen. In Behandlung verblieben von 13. Juli 773 Cholerakranke. Nach den letzten officiellen Cholerabulletins weist die nächstgrösste Zahl von Choleraerkrankungen das Gouvernement St. Petersburg auf, wo vom 26. Juni—2. Juli 247 Pers. erkrankten u. 34 starben. Es folgen dann das Gouv. Radom mit 243 Erkrankungen u. 103 Todesfällen vom 19. Juni—2. Juli, das Gouv. Warschau mit 157 resp. 77 und das Gouv. Kowno mit 76 Erkr., 27 Todesf. vom 26. Juni—2. Juli. In den Gouvernements Plozk, Grodno u. Petrikan herrscht noch ebenfalls die Seuche, doch in schwächerem Grade. In der Stadt Warschau sind von 26. Juni—2. Juli 63 Cholera-erkrankungen (25 Todesfällen) constatirt. Neu hinzugekommen sind die Gouvernements Kurland, wo in Bauske vom 19.—25. Juni 11 Pers. erkrankt u. 8 gestorben sind, ferner Nowgorod und Tula, wo je eine Erkrankung vorgekommen ist. In Livland sind 2 aus Kronstadt angereiste Personen in der Zeit von 19.—25. Juni an der Cholera erkrankt, von denen eine bereits gestorben ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Juli d. J. 6712 (54 mehr als in der Vorwoche), darunter 274 Typhus — (10 mehr), 60 Schrlach — (6 weniger), 15 Diphtherie — (wie in d. Vorw.), 32 Masern — (8 weniger), 19 Pocken- — (4 weniger) und 788 Cholerakranke (165 mehr).



Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. Juli 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
789	567	1356	172	109	193	23	20	56	209	224	154	86	63	28	16	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 29, Scharlach 9, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 657, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 29, Krankheiten der Verdauungsorgane 226, Todtgeborene 30.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Солянова пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Довв. ценз. Спб. 16 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XI.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, 23. Juli (4. August) **1894**

Sechster Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der sechste Aerztetag findet in Wolmar vom 5.—7. Sept. d. J. statt.

Anmeldungen zu Vorträgen sind baldmöglichst, **spätestens bis zum 1. August c.** bei Unterzeichnetem einzureichen.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart—Dorpat.

Klinische Untersuchungen über den diagnostischen Werth der vermehrten Indicanausscheidung bei Eiterungen.

Von

W. Beckmann.

St. Petersburg.

(Schluss).

Es ist also bei 25 Kranken mit den verschiedenartigsten Eiterungsprocessen die Indicanreaction im Ganzen 129 mal geprüft worden. 72 Untersuchungen beziehen sich auf die Zeit vor der Entleerung des Abscesses, 57 mal wurde die Untersuchung gemacht schon nach Eröffnung des betreffenden Eiterherdes. Die Fälle, bei welchen ausser dem eröffneten Abscess sich nachträglich noch ein zweiter uneröffneter fand, oder, wie es auch vorkam, eine eitrige Pleuritis vorhanden war, sind naturgemäss zur ersten Unterabtheilung gezählt worden.

Von den 25 Patientinnen dieser Kategorie wiesen nur 6 vor der Incision vermehrte Indicanreaction auf. Eine solche fand sich also in weniger als einem Viertel aller Fälle. Bei 19 Patientinnen war Indican im Urin entweder nur in Spuren vorhanden, oder es trat schon nach Zusatz von einigen bis nicht mehr als 6 Tropfen Chlorkalklösung Entfärbung ein. In den 6 Fällen, wo eine verstärkte Indicanausscheidung vermerkt wurde, handelte es sich jedenfalls um deutlich vermehrte Indicanausscheidung. Entfärbung trat erst nach Zusatz von 10—30 Tropfen der oxydirenden Lösung ein. Schon dieses statistische Resultat der Untersuchungen lässt den diagnostischen Werth der vermehrten Indicanreaction bei Eiterungen als sehr problematisch erscheinen. Noch mehr wird man aber von der Meinung, dass zwischen vermehrter Indicanausscheidung und Eiterungen ein Zusammenhang besteht, zurückkommen, wenn man das Verhalten der Indicanausscheidung bei den in Frage kommenden 6 Patientinnen genauer betrachtet.

Beginnen wir mit den 2 tödtlich verlaufenen Fällen: Im Falle 9 handelte es sich um eine Puerperalerkrankung. Der Verlauf der Krankheit war ein sehr schneller. Pat. erkrankte am 3. Tage post partum und liess sich gleich nach Beginn der Erkrankung ins Hospital aufnehmen. Schon nach 7 Tagen trat der Tod ein. Das Verhalten der Indicanausscheidung wurde in den 4 letzten Tagen vor dem Tode geprüft. Am 1. Untersuchungstage wurde verstärkte Indicanreaction constatirt, da Entfärbung erst nach 12 Tropfen Hypochloritlösung eintrat. Am zweiten Tage genügten schon 4 Tropfen, um die Entfärbung eintreten zu lassen, am 3. Tage 11 Tropfen, und am Tage vor dem Tode 5 Tropfen. Die Section ergab serös-eitrige Pleuritis, fibrinös-eitrige Peritonitis und eitrige Parametritis neben anderen Erscheinungen der Sepsis. Nach dem klinischen Verlaufe kann angenommen werden, dass Eiter an allen 4 Untersuchungstagen vorhanden war. Ein paralleles Einhergehen der vermehrten Indicanausscheidung und der Bildung von Eiter konnte also nicht constatirt werden.

Aehnliches wurde im Falle 21 beobachtet. Pat. litt an eitriger Peritonitis, wozu sich noch im Hospital ein Empyem ausbildete. Der Ernährungszustand war ein sehr schlechter, es bestanden Durchfälle. Im Hospital lag Pat. 18 Tage. Das Verhalten der Indicanausscheidung ging keineswegs parallel den Krankheitserscheinungen, war vielmehr unregelmässig und zwar trat Entfärbung ein:

am 19. Juli nach Zusatz von 30 Tropfen
» 20. » » » » 20 »
» 21. » » » » 10 »
» 22. » » » » 6 »
» 23. » » » » 4 »



Am 24. Juli wurden durch Incision des hinteren Scheidengewölbes 200 Cubcm. stinkenden dünnflüssigen Eiters entleert. Darnach war die Indicanausscheidung, bei gleichzeitigem Bestehen eines schon früher durch Probepunction sichergestellten Empyems, wieder vermehrt, und zwar
am 25. Juli Entfärbung nach Zusatz von 11 Tropfen
» 26. » » » » 10 »

Patientin ging in ganz desolatem Zustande nach Hause, weil sie dieEntleerung des Empyems nicht gestatten wollte. Schon am folgenden Tage trat der Tod ein.

In diesem Falle bin ich geneigt die zur Beobachtung kommende, nicht regelmässige Indicanvermehrung auf die Durchfälle und die anderen durch die bestehende Peritonitis hervorgerufenen Störungen der Resorption aus dem Darm zurückzuführen.

Die weiteren 4 Fälle zeigten wenigstens in den letzten Tagen vor der Incision vermehrte Indicanausscheidung: Im Falle 1, wo es sich um puerperale Septicaemie mit Pyosalpinx handelte, wurde schon 2 Tage nach Eintritt ins Hospital die Pyosalpinx eröffnet. An beiden Tagen vor der Incision war starke Indicanreaction vorhanden. Entfärbung trat ein nach 20 resp. 30 Tropfen Chlorkalklösung. Nach der Incision wurde noch an 9 Tagen die Indicanprobe gemacht, und zwar fand sich an den 6 ersten der Incision folgenden Tagen keine Indicanvermehrnng, am 7. Tage dagegen wieder verstärkte Reaction (Entfärbung mit 11 Tropfen Hypochloritlösung), darnach blieb dann das Verhalten des Indicans normal. Das Ansteigen der Indicanausscheidung am 7. Tage konnte keinesfalls auf Eiterretention bezogen werden, da der Abfluss aus der Incisionsstelle frei befunden wurde; überhaupt war das Secret am 7. Tage schon ziemlich serös geworden. Man kann sich auch hier dem Verdacht, dass es sich an diesem Tage um vermehrte Indolbildung im Darm aus irgend welchen Gründen handelte, nicht verschliessen, selbst wenn man die Reaction an den 2 Tagen vor der Incision auf den Abscess beziehen will.

Im Falle 2, der mit zur Incision reifem Beckenexsudat ins Hospital eintrat, wurde am Tage der Incision mässig verstärkte Indicanreaction constatirt — Entfärbung durch 12 Tropfen — dieselbe hielt sich noch am folgenden Tage etwas über der Norm, indem Entfärbung erst bei 7 Tropfen eintrat; weiter wurde keine vermehrte Indicanausscheidung beobachtet.

Im Falle 11 mit Pelveoperitonitis suppurativa war die Reaction 3 mal nicht über normal, 1 mal verstärkt — Entfärbung durch 12 Tropfen. Pat. verliess das Hospital vor der Incision. Im letzten, 16. Falle endlich war die Reaction 2 mal vor der Incision nicht über normal, am Tage der Incision und am Tage nach der Incision verstärkt, indem 30 resp. 24 Tropfen zur Entfärbung erforderlich waren; später war die Reaction normal.

Mir scheint aus diesen 6 Fällen jedenfalls nicht mit Sicherheit hervorzugehen, dass die Indicanurie eine Folgeerscheinung der Eiterung war. 12 Untersuchungen mit verstärkter Indicanausscheidung stehen 10 mit nicht verstärkter Reaction gegenüber, wobei sich alle Untersuchungen auf die Tage kurz vor der Incision beziehen.

Von den Patientinnen, bei denen vor der Incision keine Indicanvermehrung nachgewiesen werden konnte, hat auch keine nach der Entleerung des Eiters eine verstärkte Indicanreaction im Urin gehabt. Wie wenig von einer diagnostischen Verwerthbarkeit der Indicanurie die Rede sein kann, will ich nur durch einen charakteristischen Fall aus der Zahl dieser 19 Kranken belegen:

Es ist der Fall 8. Pat. war 3 Wochen vor Eintritt ins Hospital niedergekommen und hatte sich auch die 2 ersten Wochen nach der Geburt so gut gefühlt, dass sie das Bett verliess. Doch schon am nächsten Tage trat Fieber mit Schüttelfrösten auf. Im Hospital konnte beiderseits vom Uterus ein nicht sehr derbes Exsudat constatirt werden. Pat. fieberte hoch, hatte Schüttelfröste und Schweisse. Nach der Beschaffenheit des Beckenexsudates konnte eine Eiterbildung an dieser Stelle mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, nichtsdestoweniger sprach das ganze Krankheitsbild und die Temperaturcurve für die Anwesenheit eines Eiterherdes. Die wiederholte Untersuchung des Urins ergab keine pathologische Indicanvermehrung. Andrerseits fanden sich auch bei sorgfältiger Untersuchung der Kranken keinerlei Anhaltspunkte für eine bestimmte Diagnose, doch richtete sich unsere Aufmerksamkeit aufs linke Bein der Kranken, da dieselbe in der Trochantergegend Schmerzen verspürte. Der ganze Oberschenkel schien etwas verdickt, die Schwellung nahm in den nächsten Tagen zu und bei der Palpation der Trochantergegend hatte man das Gefühl von Fluctuation in der Tiefe. Trotzdem die Indicanreaction nicht stärker als physiologisch ausfiel, drängte der sich verschlimmernde Allgemeinzustand der Pat. zu einem chirurgischen Eingriff. Derselbe wurde dann auch, nach Translocation der Kranken aus der gynäkologischen in die chirurgische Abtheilung, vorgenommen und bestand in einer Incision der Weichtheile der Trochantergegend. Es fand sich aber kein Eiter, nur machten die durchschnittenen Gewebe den Eindruck, als ob sie oedematös durchtränkt wären. Die Erwartung, Eiter finden zu müssen, war so gewiss, dass der Operateur bis auf den Knochen selbst vordrang, doch ohne Resultat. Man musste sich auf die Tamponade der ziemlich grossen Wunde und theilweise Vernähung derselben beschränken. Nach diesem Eingriffe änderte sich nichts im Krankheitsbilde Das Fieber zeigte auch weiterhin die Eitercurve. Die Indicanreaction war im Urin nur angedeutet, das Beckenexsudat war eher etwas härter und nicht grösser geworden. So standen die Dinge, bis 10 Tage nach der Incision bei einem Verbandwechsel, nachdem 4 Tage seit dem letzten Verbande vergangen waren, an der Hinterfläche des Oberschenkels sich deutliche Fluctuation fand. Eine Incision des Abscesses führte in eine grosse intermusculäre Höhle, aus der sich ein halber Liter Eiter entleerte. Dieselbe war nur durch eine ganz dünne Scheidewand von der ersten Incisionshöhle getrennt. Der Operateur hatte offenbar bei der ersten Incision, irregeleitet durch die Schmerzangaben der Pat., den Abscess verfehlt. Dieser bestand in der That schon damals und hatte unterdessen Zeit zu einer respectablen Grösse anzuwachsen. Die Indicanreaction, die auch nach der Incision nicht pathologisch stark war, liess vollständig im Stich. Nach der Incision fiel die Temperatur endgültig ab, der Abscess verheilte, das Beckenexsudat resorbirte sich. Pat. konnte genesen entlassen werden.

Bei der Beurtheilung der Beschaffenheit der Beckenexsudate, welche einigemal mit Schwierigkeiten verknüpft war, hat mir die Indicanreaction keinerlei Nutzen für die Diagnose gebracht. In zweifelhaften Fällen, die mit hohem und häufig unregelmässigem Fieber einhergingen, und wo es nicht möglich war mit Sicherheit zu sagen, ob im Beckenexsudat Fluctuation zu fühlen sei oder nicht, gab die Indicanreaction negative Resultate. In den 6 Fällen aber, wo wirklich zeitweilig vor der Incision vermehrte Indicanausscheidung constatirt werden konnte, bestand in Bezug auf die Details der Diagnose kein Zweifel. Die Fälle kamen zur Beobachtung, als die Anwesenheit von Eiter schon durch die vorhandene Fluctuation und das charakteristische Fieber sicher erkannt werden konnte.

Von den 19 Pat. ohne vermehrte Indicanausscheidung gingen 2 zu Grunde. Bei der einen derselben, die mit hohem Fieber ins Hospital eintrat, fand sich anfangs hinten und links vom Uterus ein elastisches Exsudat. Gleichzeitig fand sich rechts ein Tumor, der über das Ligam. Poupartii hinaufragte und druckempfindlich war; seine untere Grenze war per vaginam nicht zu erreichen. Dieser Tumor vergrösserte sich unter fortwährendem Fie-



ber bis 9,5 Cm. über das Ligam. Poupartii hinauf, gleichzeitig überschritt er die Mittellinie. Bei der in der Linea alba vorgenommenen Incision ergab sich, dass der Tumor mit der Bauchwand verbacken war. Der Operateur drang in die Tiefe durch eine dicke Exsudatschicht, ohne das Cavum peritoneale zu eröffnen. Es wurde ein nicht grosser Abscess eröffnet, aus dem sich etwa 2 Esslöffel stinkenden Eiters entleerten. Ein weiteres Vordringen in die Tiefe schien nicht rathsam, da es ganz unmöglich war sich zu orientiren und leicht Darmverklebungen gelöst werden und der infectiöse Eiter in die freie Bauchhöhle fliessen konnte. Bei der Section ergab sich, dass bei weitem nicht allen Eiterherden Abfluss geschaffen war. Nach den Keilmann'schen Angaben hätte man in diesem Falle jedenfalls vermehrte Indicanausscheidung erwartet. Eine solche fand sich auch nicht im zweiten tödtlich verlaufenden Falle. Hier handelte es sich um ein gangränös zerfallendes Uterusmyom, um doppelseitige Tubensäcke mit eitrigem Inhalt, linksseitige etrige Oophoritis und eitrige Peritonitis. Pat. lag nur 3 Tage im Hospital.

Wenden wir uns nun zur Betrachtung der II. Kategorie von Fällen ohne Eiterungen. In einer Anzahl derselben waren die Symptome am Anfang der Beobachtung solche, dass die Möglichkeit eines entstehenden Abscesses ins Auge gefasst werden musste. Die weitere Beobachtung des Krankheitsverlaufes ergab später, dass es sich um einfache Entzündung mit Exsudatbildung handelte. In den übrigen Fällen dieser Beobachtungsreihe handelte es sich um pathologische Processe anderer Art.

Im Ganzen wurden 15 Patientinnen dieser Kategorie untersucht.

II. 15 Patientinnen ohne Eiterungen.

26. K. J. 24 Jahre alt. Perimetritis lateralis. Kam mit hohem Fieber und Leibschmerzen ins Hospital. Beiderseits vom Uterus deutlich abgrenzbare, apfelgrosse Tumoren entsprechend den Adnexis. Die Diagnose schwankte anfangs zwischen Pyosalpinx und exsudativer Perimetritis. Der Verlauf mit Resorption des Exsudates sprach für letztere Annahme. Ernährung gut. Pat. litt an leichter Verstopfung. — 5 Untersuchungen ergaben nicht vermehrte Indicanausscheidung.

27. A. W. 27 Jahre alt. Endometritis post abortum. Erkrankte am dritten Tage nach einem Abort. Hohes Fieber, Druckempfindlichkeit des Unterleibes. Genesen. — 5 Untersuchungen: Spuren von Indican im Urin.

28. D. P. 30 Jahre alt. Febris post ovariotomiam. Nach völlig reactionslosem Verlaufe bekam Pat. am 15. Tage nach einer Ovariotomie hohes Fieber bis 39° Puls 130 R. 36 mit Frost. Objectiv konnte nichts nachgewiesen werden. Schon am folgenden Tage Temperaturabfall und weiterer Verlauf normal. — 3 Untersuchungen, am Tage der Temperaturerhöhung und an den folgenden Tagen, ergaben Indicanausscheidung in physiologischer Stärke.

29. H. S. 32 Jahre alt. Salpingitis et Perimetritis sinistra. Pat. kam mit einer fieberhaften gonorrhoischen Salpingitis ins Hospital. Auftreten eines perimetritischen Exsudates unter unregelmässig verlaufendem Fieber. Genesen. — 7 Untersuchungen: Nur einmal wurde zu Beginn der Exsudation verstärkte Indicanausscheidung beobachtet. Entfärbung mit 12 Tropfen Hypochloritlösung. 6 mal nicht vermehrte Indicanausscheidung.

30. P. J. 36 Jahre alt. Perimetritis exsudativa. Grosses Exsudat. Verlauf anfangs mit Fieber, darnach Resorption. — 5 Untersuchungen mit negativem Resultat.

31. S. B. 33 Jahre alt. Perimetritis exsudativa. Grosses Exsudat. Anfangs hohes Fieber. Da Verdacht auf Anwesenheit von Eiter vorlag, wurde eine Probepunction des hinteren Scheidengewölbes vorgenommen. Dieselbe ergab keinen Eiter. Resorption des Exsudates. Genesen. — 5 Untersuchungen ergaben Indican im Urin in nur sehr geringer Menge.

32. P. N. 27 Jahre alt. Endometritis septica post partum. Hohes Fieber und Druckempfindlichkeit des Leibes. Genesen. — 4 Untersuchungen ergaben keine Indicanvermehrung im Harn.

33. M. N. 29 Jahre alt. Salpingo-Oophoritis duplex. Fieber niedrig. Verdacht auf Eiter in den Tuben. Genesen. — 6 Untersuchungen ohne verstärkte Indicanreaction.

34. N. D. 32 Jahre alt. Pelveoperitonitis exsudativa. Becken mit Exsudat ausgefüllt. Fieberte mehrere Wochen. Verdacht auf Eiter. Scheinbare Fluctuation im hinteren Scheidengewölbe. Probepunction daselbst ergab keinen Eiter. Resorption des Exsudates bis auf ganz geringe Reste. — 8 Untersuchungen mit negativem Resultat.

35. A. A. 22 Jahre alt. Cystoma ovarii intraligamentare dextrum. Unbeweglicher, im Becken fest eingekeilter Tumor, dem Scheidengewölbe aufliegend. Pat. kam wegen Leibschmerzen und Fieber ins Hospital. Durch Punction und Aspiration wurden 610 Cubcm. seröser Flüssigkeit entleert. Darnach Abfall des Fiebers und Wohlsein. Pat. ging mit verkleinertem Tumor nach Hause. — 8 Untersuchungen liessen keine vermehrte Indicanausscheidung nachweisen.

36. E. N. 30 Jahre alt. Hydrosalpinx dextra. Pat. litt an Schmerzen im Leibe und Blutungen. An 2 Tagen war Fieber vorhanden. Konnte sich zur Laparotomie nicht entschliessen. — 6 Untersuchungen mit negativem Resultat.

37. K. R. 26 Jahre alt. Coprostasis post ovariotomiam. Wurde wegen Dermoidcyste mit Stieldrehung operirt. Am 10. Tage nach der Operation trat Auftreibung des Leibes auf, es gingen keine Winde ab und bildete sich der Symptomencomplex des Ileus aus. 3 Tage später kam es schon zum Kothbrechen. Alles war schon zur wiederholten Laparotomie fertig, als endlich nach mehreren hohen Darmeingiessungen feste Kothmassen abgingen und damit die Darmpassage wieder hergestellt wurde. — 8 Untersuchungen: während der 3 Tage des Darmverschlusses colossale Mengen von Indican im Urin. Schon am Tage, nachdem Stuhl gewesen war, normale Indicanmengen, ebenso später.

38. A. J. 45 Jahre alt. Peritonitis chronica. Elender Ernährungszustand, Leibschmerzen, unregelmässiges Fieber. Ungebessert entlassen. — 10 Untersuchungen ergaben stets nicht vermehrte Indicanmengen im Urin.

39. A. A. 23 Jahre alt. Salpingitis duplex et Perimetritis. Uterus in Retroversionsstellung fixirt. Adnexa mit einander verklebt und von Exsudat umgeben. Fieber. Verdacht auf Eiter in den Tuben. Langdauernder Verlauf. Resorption des Exsudates bis auf geringe Reste. — 12 Untersuchungen ergaben nur Spuren von Indican im Urin.

40. K. St. 44 Jahr alt. Salpingo-Oophoritis et Perimetritis. Fieberte 7 Tage, darnach langsame Resorption des entzündlichen Exsudates. — 6 Untersuchungen zeigten Indican in mittleren Mengen.

Aus dieser Untersuchungsreihe ergeben sich folgende Schlussfolgerungen. Von 15. Patientinnen, deren Urin im Ganzen 98 mal untersucht wurde, konnte nur bei 2 vermehrte Indicanausscheidung constatirt werden. Die eine derselben (Fall 29) litt an ascendirender Gonorrhoe, die zur Exsudatbildung um die Uterusadnesa führte. Bei dieser Patientin konnte nur ein mal eine verstärkte Indicanausscheidung beobachtet werden. Entfärbung trat mit 12 Tropfen Hypochloritlösung ein. Dieses Ereigniss fiel in die Zeit des Auftretens des Exsudates. Darauf sank die Indicanausscheidung schon am nächsten Tage zur Norm herab, und konnten auch später vorgenommene Untersuchungen nicht mehr vermehrte Indicanausscheidung nachweisen. Im zweiten Fall (37) handelte es sich um Störung des Kothlaufes aus unbekannt gebliebenen Ursachen. Die Erscheinungen wurden schon recht bedrohlich, Patientin verfiel, es kam zum Kothbrechen, kurz es bildete sich das typische Bild des Ileus aus. Während dieser kritischen Tage war die Indicanausscheidung ganz colossal. Es mussten 50 und mehr Tropfen Chlorkalklösung zu 3 Cubcm. Urin hinzugefügt werden, ehe die Entfärbung des dunkelblauen Urines eintrat. Diese ganz auffallend starke Reaction schwand mit einem Schlage mit dem Eintritt von Stuhl. Die Indicanreaction sank zur Norm herab. Dieser Fall bestätigt nur das schon bekannte Gesetz von der vermehrten Indicanausscheidung infolge von vermehrter Darmfäulniss bei Störungen der normalen Fortbewegung des Darminhaltes.

Das Resultat meiner Untersuchungen widerspricht also vollständig den Ergebnissen der Keilmann'schen Beobachtungen. Ich kann die vermehrte Indicanausscheidung als diagnostisches Merkmal von Eiterungen keineswegs anerkennen. Wenn man aber aus dem Factum, dass von 25 Kranken mit Eiterungen bei 6 d. h. 24 pCt., von den übrigen 15 Pat. nur bei 2 oder 13 pCt. zeitweilig ver-

mehrte Indicanausscheidung nachgewiesen werden konnte, den Schluss ziehen will, dass bei Eiterungen im Ganzen häufiger vermehrte Indicanausscheidung zur Beobachtung kommt, als bei Erkrankungen entzündlicher oder andrer Natur, so muss man jedenfalls die Einschränkung machen, dass von einem gesetzmässigen Zusammenhang zwischen Eiterung und vermehrter Indicanausscheidung nicht die Rede sein kann.

Theoretisch muss man a priori die Möglichkeit der Bildung von Indol durch Eiweissfäulniss ausser im Darm auch an anderen Körperstellen zugeben. Bei jauchigen Abscessen, wo es ja zu Fäulnissprocessen kommen könnte, ist diese Erscheinung schon hin und wieder beobachtet worden, doch sind auch solche Fälle nach Jaksch [21]) wegen etwa gleichzeitig bestehender Kothstauung sehr vorsichtig zu beurtheilen. Gegen die Annahme der Bildung von Indol in gewöhnlichen Abscessen spricht die Thatsache, dass die Eitererreger nach Lewandowski [22]) nicht zu der Kategorie von Mikroorganismen gehören, die in eiweisshaltigen Nährböden Indol entstehen lassen können. Wohl gehören aber zu dieser Kategorie von Mikroorganismen der Bacillus cholerae asiaticae, der Finkler'sche Bacillus und der Bacillus coli commune, die wahrscheinlich auch die Ursache der vermehrten Indolbildung und verstärkten Indicanausscheidung bei den durch sie hervorgerufenen Krankheiten abgeben. Auf Grund meiner Untersuchungen muss ich jedenfalls der Annahme, dass es ausser dem Darm noch andere Quellen für die Indolbildung im menschlichen Organismus giebt, widersprechen. Wenn man sich dessen erinnert, wie leicht es bei ganz geringen Störungen der Verdauung, kaum beachteter Stuhlträgheit, oder selbst bei einigermaassen regelmässigem aber festen Stuhl zu leichten Fäulnissprocessen und Steigerung der Indolbildung über die Norm im Darm kommen kann, wird man die auftretende Indicanvermehrung im Urin nicht leicht auf andere gleichzeitig bestehende Affectionen seien es Eiterungen, seien es andere Krankheiten beziehen. Jedenfalls muss der Zusammenhang zwischen Eiterbildung und vermehrter Indicanausscheidung in ganz anderer Weise sichergestellt sein, ehe man die Indicanausscheidung als Maassstab für den Eiterungsprocess ansieht, und sogar wie Keilmann vorschlägt es dem Arzte gestattet ohne den Kranken zu besuchen nur nach dem täglich zugeschickten Urin zu entscheiden, ob ein chirurgischer Eingriff vorzunehmen sei oder nicht. Beim Durchsehen der Keilmann'schen Beobachtungen fiel mir auf, dass es sich bei fast allen Fällen um vermehrte Indicanausscheidung längere Zeit hindurch handelte. Dieses widerspricht meinen Beobachtungen, unwillkürlich denkt man an längere Zeit hindurch bestehende Störungen der Eiweissverdauung und Eiweissresorption. Nur im Falle 2 hat Keilmann angegeben, dass die Indicanurie auch nach ausgiebiger Entleerung des Darmes weiterbestand. In meinen Fällen wurde stets, wo es nöthig war, für täglichen Stuhl gesorgt. Vielleicht ist dies der Grund, warum bei allen Fällen mit vermehrter Indicanausscheidung diese meist nur 1—2 Tage bestand. Im Fall 9 und 21, wo an 2 resp. 5 Tagen vermehrte Indicanausscheidung nachgewiesen wurde, kam dieselbe nicht an aufeinanderfolgenden Tagen zur Beobachtung, es lagen vielmehr zwischen Tagen mit vermehrter Indicanausscheidung solche mit normaler Indicanreaction. In beiden Fällen konnte ich den Verdacht, dass es sich doch um vermehrte Indolbildung im Darm handele nicht los werden, obgleich auch das nicht sicher zu beweisen war.

So kann ich also das Resultat meiner Arbeit in den Satz zusammenfassen: Bei verschiedenen pathologischen Zuständen ist bis jetzt ausser dem Darme noch keine andere Quelle für vermehrte Indolbildung sicher nachgewiesen worden. Zwischen Eiterung und Indicanurie besteht kein causaler Zusammenhang und kann die vermehrte Indicanausscheidung keinesfalls für die Diagnose eines versteckten Eiterherdes verwerthet werden.

St. Petersburg, Februar 1894.

[21]) von Jaksch. Klinische Diagnostik. 3. Auflage p. 353.

[22]) Lewandowski. Ueber Phenol und Indolbildung durch Bacterien. Deutsche med. Wochenschrift 1890 № 51.

Einiges über Asepsis und ambulantes Operiren.

Von

Dr. John Blumberg,

bisher Leiter der poliklinischen Abtheilung der chirurgischen Universitätsklinik zu Dorpat.

Die Aera der Antisepsis hat eine wahre Fluth von Desinficientien gezeitigt, die meisten derselben sind aber wieder der Vergessenheit anheim gefallen, und nur wenige werden noch mit Recht oder Unrecht in der Praxis gebraucht. Den Folgen bei der Anwendung solcher Mittel fielen wenigstens in früherer Zeit nicht selten Patienten zum Opfer, und gar mancher Operateur hat sich selbst dabei eine acute oder chronische Vergiftung zugezogen. Diesem zu grossen Vertrauen auf die geringe Schädlichkeit und zuverlässige Wirkung der Antiseptica beim Erstreben der prima intentio folgte naturgemäss ein Umschlag, eine Reaction. Der Grundgedanke der Lister'schen Theorie über den Einfluss der Desinficientien auf Wunden fand bald berechtigte Widersprüche, denen schliesslich die heutige Asepsis ihre Entstehung verdankt. Operationen, die früher unausführbar waren, sind jetzt durch diese ideale chirurgische Behandlungsweise durchaus ungefährliche Eingriffe, sie ermöglicht der Chirurgie die höchste Leistungsfähigkeit, und bahnt der Bacteriologie die weitest gesteckten Ziele. Das aseptische Verfahren ist aber bisher noch keineswegs ein solches Allgemeingut der Chirurgen, wie dasselbe es verdient, und im Interesse der Patienten und Aerzte selbst gehandhabt werden müsste.

Beim Besuchen verschiedener chirurgischer Kliniken und Hospitäler des In- und Auslandes, habe ich nur wenige Aerzte bei aseptischen Operationen im wahren Sinne des Wortes aseptisch vorgehen sehen, die meisten sind, so zu sagen, noch immer antiseptische Aseptiker. Die Gründe dafür sind sehr verschiedener Art.

Wie man dem Neuen oft mit Recht ein Misstrauen entgegen trägt, so ist es leider auch noch hierbei der Fall. Der in der Antisepsis Geschulte ist mit seinen Erfolgen relativ zufrieden, er bleibt bei seiner Methode in dem Glauben, in der Ueberzeugung, dass es ohne Desinficiens nicht gehe. Die Hände werden in irgend einer Solution, beispielsweise Sublimatlösung, abgespült, ohne je den Versuch gemacht zu haben, ob nicht auch steriles Wasser allein genüge. Oder, wenn die Proben aseptischen Operirens nicht die erwarteten Resultate ergeben, somit das gefasste Vorurtheil gegen die Zuverlässigkeit dieser Methode nur bestärken, trägt wirklich die Unsicherheit dieses Verfahrens die Schuld an der Eiterung, am Misslingen der prima intentio? — Mit der Beantwortung dieser Frage kommen wir auf das wesentlichste Moment, die alleinige Ursache der ungenügenden, so langsamen Verbreitung der reinen Asepsis.

Die Schuld trägt nur der Chirurg selbst, nicht aber die mangelhafte Sicherheit resp. Leistungsfähigkeit der neuen Methode. Es genügt nicht, dass zu Beginn einer Operation die Instrumente, Verbandstoffe, Hände u. s. w. rein sind, es muss auch während der ganzen Dauer des Eingriffes bis zum Anlegen der Binde Alles, was mit der Wunde in Berührung kommt, rein bleiben. So klar und selbstverständlich diese Forderung auch

erscheint, wird doch gegen dieses vornehmste Gebot des aseptischen Operirens, wie beim chirurgischen Handeln überhaupt, nur zu viel gesündigt. Um diese mangelhafte chirurgische Reinlichkeit ins rechte Licht zu stellen, will ich nur einige wenige, gelegentlich beobachtete Beispiele anführen. Ein namhafter Gynaekologe reinigte sich mit Seife und Bürste wohl eine gute halbe Stunde die Hände und Arme, vor Beginn der Operation setzte er sich eine allerdings sterile Kappe auf den Kopf, berührte dabei aber mit den reinen Fingern sein Haupthaar, oder aber fuhr sich inmitten der Arbeit, wenn auch nur mit dem Nagel des fünften Fingers ins Gesicht, ohne vor dem Weiteroperiren die Hände wieder mit Seife und Bürste zu waschen. Wie leicht kommt man nicht mit dem Nahtmaterial und der Marly an verbotene Stellen an, wie Wenige schneiden die betreffenden Stellen aber ab, oder nehmen neues Material. Eine Menge derartiger Verstösse gegen die Sauberkeit, scheinbar schwerwiegender oder leichterer Art, liessen sich aufzählen — im Grunde genommen bleiben sie einander gleichwerthig. Der kleinste Fehler kann mitunter, ebenso wie der grösste, den Erfolg der Operation, die glatte Heilung, gefährden. Da heisst es eben auf Alles aufpassen und durch Selbstschulung so weit gelangen, dass kein Fehler vorkommt, oder wenn dergleichen passirt ist, durch gründliches Waschen der Hände oder nicht weitere Benutzung der betreffenden Instrumente, der Marly etc. den Schaden gut machen. — Rein waschen kann sich schliesslich ein Jeder, rein bleiben aber nur der, welcher sich geübt hat beim Operiren stets dessen sich bewusst zu sein, was er anfassen und benutzen darf, auch in den Momenten, wo seine ganze Aufmerksamkeit durch die Schwere des Falles in Anspruch genommen wird. Welch' grosse Rolle hierbei das sich Gewöhnen an aseptisches Operiren spielt, geht schon daraus hervor, dass ein Neuling als Zuschauer nicht mal im Stande ist gleich zu beurtheilen, was man anrühren darf und was nicht. Durch stete Selbstkritik lässt sich jedoch bald eine unfehlbare Sicherheit im aseptischen Operiren erreichen. Braucht ein Chirurg heutzutage bei solchen Operationen noch ein Antisepticum, so steht er nicht auf der Höhe der Zeit. Ist ein Nichtspecialist Antiseptiker, so ist das wegen des Mangels an genügender Uebung eher verzeihlich, nicht aber aus rein äusserlichen Gründen berechtigt. Die Behauptung, man könne nur in eigens dazu hergerichteten Räumen Asepsis treiben, ist falsch. Wenn auch ein besonderes Operationszimmer mit glatten Wänden, abgerundeten Ecken u. s. w. eine sehr angenehme Zugabe ist, kommt dasselbe doch erst in zweiter Linie in Betracht, und ist kein unbedingt erforderliches Postulat.

Die ungenügende Praecision in der Handhabung der Asepsis bildet den Schwerpunkt der ganzen Frage. Das mangelnde Zutrauen zu ihr findet seine Erklärung in der eigenen Unsauberkeit, liegt aber nicht in der mangelhaften Leistungsfähigkeit der Asepsis selbst. Das vielgeliebte Jodoform oder sonst ein Mittel sinkt unter solchen Verhältnissen nur zum Deckmantel chirurgischen Unvermögens herab. Was durch die Unreinlichkeit des Operateurs und der ganzen Assistenz etwa in die Wunde gebracht ist, sollen die Medicamente beseitigen, vertuschen; wahrlich eine Forderung, die nicht nur Schaden anrichten kann, sondern beim heutigen Stande chirurgischen Könnens auch unwürdig ist.

Bei absolut aseptischem Operiren kommt die Siedehitze allein in Betracht, und wo dieselbe, wie beim Säubern der Hände und des Operationsfeldes, nicht anwendbar ist, die mechanische Reinigung mit sterilisirtem Material. Wie bei der Herstellung von Nährböden zur Züchtung von Reinculturen der Bacterien eine dreifache Sterilisation in Zwischenräumen von je 24 Stunden gebräuchlich ist, so, sage ich, muss auch für aseptische Operationen in derselben Weise Alles vorbereitet werden. In den vier Jahren meiner Thätigkeit als Leiter der poliklinischen Abtheilung der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Dorpat, habe ich mich immer der Asepsis befleissigt und nunmehr seit drei Semestern folgendes Verfahren geübt, da mir die einmalige Sterilisation nicht immer genügend erschien:

In einem recht grossen emaillirten Topfe mit gut schliessendem Deckel werden einige Emaillewaschschalen, ein Emaillewasserschöpfer und auf Glasröllchen gewickeltes Nahtmaterial, das vorher mit Seife und Bürste gereinigt, dann in Alkohol und Aether ãa 24 Stunden entfettet worden ist, mit destillirtem resp. gekochtem Wasser drei Tage hintereinander 10—15 Minuten lang gekocht, natürlich ohne den Deckel abzuheben und das Wasser zu wechseln, welch' letzteres dann in noch warmem Zustande zum Waschen der Hände, Arme und des Operationsfeldes dient.

Um mit dem Nahtmaterial sparsam umzugehen und zugleich weniger Arbeit zu haben, kann man dasselbe auch in einem grösseren Vorrathe auf einmal fertig sterilisiren. Man bringt je ein Röllchen in ein Reagensglas, füllt es mit Wasser, verschliesst es mit einem festen Wattepfropf und bewahrt nach der fractionirten, dreimaligen Sterilisation die Reagensgläser, noch mit einer Watteschicht bedeckt, stehend auf. So zubereitet bleibt die Seide, das Silkworm, wochenlang steril und reisst nicht so leicht. Der Sicherheit wegen kann man vor jedesmaligem Gebrauch ja noch das Nahtmaterial im Reagensglase einige Minuten kochen.

Die Marly wird gleichfalls dreimal sterilisirt, wozu sich eine Reihe von Blechbehältern, wie man sie zum Beispiel bei dem Lautenschläger'schen Apparat zum Aufheben sterilisirter Verbandstoffe hat, sehr gut eignen. Drei Sterilisatoren kann sich eben nicht Jeder anschaffen.

Die Bürsten und die Seife, letztere in kleine Stücke geschnitten und reichlich mit Wasser versetzt, werden in derselben Weise fractionirt sterilisirt.

Nur die Instrumente, alle ohne Ausnahme, auch die Messer werden in üblicher Weise in Sodalösung nur einmal gekocht, dann aber nicht in irgend eine desinficirende Lösung gelegt, sondern aus demselben Wasser direct in Gebrauch genommen, wie überhaupt Alles, was gekocht worden ist. Ein dreimaliges Kochen der Instrumente ist wegen des Rostens nicht durchführbar, dann müsste schon trockne Hitze angewandt werden; bei vielem Operiren ist aber selten wohl ein Instrumentarium so reichhaltig, um dieses Verfahren einschlagen zu können,

Die Reinigung der Hände und Arme geschieht folgendermaassen: nachdem dieselben mit einmal gekochtem, noch warmem Wasser und einmal gekochter Bürste gründlich gereinigt und dann abgespült sind, werden sie erst mit dem fractionirt sterilisirten Wasser, der Bürste und Seife fünf Minuten gereinigt, abgespült und zur Sicherheit noch mit einer zweiten Bürste und erneuertem Wasser und Seife ebensolange gereinigt, und zum Schluss in dem grossen Topfe, wo die Schalen und das Wasser gekocht wurden, ordentlich abgespült. In derselben Weise wird das Operationsfeld vorbereitet. — Dass der Operateur und die Gehilfen vor solch' einer Reinigung ganz besondere Sorgfalt auf das Putzen ihrer Nägel verwenden, und der Patient vor grossen Eingriffen, wenn möglich, schon mehrere Tage lang vorbereitet wird durch Waschen resp. Baden und Rasiren des Operationsgebietes und Verbinden desselben, ist selbstverständlich. — Zum Entfernen der Seifentheile wird kein Alkohol oder Aether benutzt, durch blosses Spülen befreit man die Haut fast ganz von Seife, und was etwa nachbleibt, schadet, wie die Erfahrung zeigt, durchaus nichts. Abgesehen von der bedeutenden Ersparniss beim

Wegfall des Alkohols und Aethers, sind die beiden Mittel auch deshalb nicht zu empfehlen, weil sie schwer absolut steril zu erhalten und zu bewahren sind.

Mancher mag vielleicht einwenden, dass solche Vorbereitungen bei grossem Material nicht gut durchführbar seien, viel Zeit kosteten und das viele, lange Reinigen die Hände ruinire. Im Interesse der Patienten ist aber keine Mühe zu gross, wenn Alles eingerichtet ist, raubt es durchaus nicht viel Zeit, die Hände leiden garnicht mehr als bei Anwendung der Antiseptica, besonders wenn man statt des destillirten Wassers physiologische Kochsalzlösung benutzt, und bei reichhaltigem Material macht ein dreifacher Satz von Schalen, Töpfen etc. sich schon durch den Wegfall des Alkohols allein in einigen Monaten bezahlt.

Wer Alles fractionirt sterilisirt und während des Operirens rein bleibt, wird immer sicher des Erfolges, der prima intentio, sein; eitert es aber, so liegt die Schuld unter keinen Umständen an der Asepsis als solcher.

Nach eben angeführter Weise habe ich bei dem reichen Material der chirurgischen Poliklinik, das jährlich 3—4 Tausend neue Fälle aufweist, nicht nur kleine Operationen, wie Amputationen von Fingern und Zehen, Exstirpationen von Tumoren und dergleichen ausgeführt, auch grössere, die vielleicht sonst nur in Anstalten zur Nachbehandlung bleiben, sind stets glatt geheilt. Mammaamputationen, selbstverständlich mit Ausräumung der Achselhöhle, eine grosse Anzahl von tuberculösen und carcinomatösen Drüsen des Halses ausgedehntester Art, durch Schnitte vom proc. mastoideus nach vorn bis zum Kinn oder hinunter bis zum Schlüsselbein, Amputationen an der oberen Extremität, Plastiken nach Verbrennungsnarben, ja auch eine Radicaloperation einer Leistenhernie habe ich ohne jeden Misserfolg operirt. Nach spätestens acht Tagen wurde der erste und letzte Verbandwechsel zur Entfernung der Suturen vorgenommen, und damit der Patient als geheilt, oder nahe daran, entlassen. — Solche grössere Eingriffe ergaben sich aus der Lage der Verhältnisse. Bei der Ueberfüllung der Anstalt war nicht immer Platz vorhanden, viele Patienten hatten nicht die genügenden Mittel, sich aufnehmen zu lassen, während sie in der Stadt wohl leben konnten, andere wiederum fürchteten sich vor dem Aufenthalt in der Klinik, das Versprechen, sie gleich nach der Operation fortgehen zu lassen, liess sie die Scheu vor dem Messer leichter überwinden.

Als weiteren Beweis für die Sicherheit des absolut aseptischen Verfahrens könnte ich noch eine Reihe anderer Operationen, so namentlich Laparotomien, anführen, da ich aber dieselben in Vertretung meines Chefs an stationären Patienten ausführte, übergehe ich sie.

Die angeführten Thatsachen sollen als Beleg dafür dienen, dass bei richtiger Handhabung der Asepsis, selbst bei nur einmaliger Sterilisation der Verbandstoffe, der Seide etc., diese zum mindesten ebenso viel leistet, wie die Antisepsis; bei mehrfacher, fractionirter Sterilisation jedoch durchaus unfehlbar ist. Die absolute Aseptik giebt dem Arzt, selbst wenn er keine Anstalt oder nur wenige Räumlichkeiten besitzt, die Möglichkeit in grossem Maassstabe mit bestem Erfolge zu operiren. Der Ausspruch ἄριστόν μεν ὕδωρ findet auch in der Chirurgie seine Berechtigung.

Zum Schlusse halte ich es für eine angenehme Pflicht, meinem bisherigen Chef Herrn Prof. Dr. W. Koch hiermit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen für die Freiheit und Selbständigkeit, die er mir beim Operiren gewährt hat.

Referate.

Schütz: Zur Behandlung des Lupus vulgaris. (Arch. f. Derm. u. Syphil. XXVI. H. I. p. 97.)

Nach energischer Auskratzung wird der Boden und die Umgebung der Wundfläche sorgfältig scarificirt, die Blutung mit feuchten Compressen gestillt und das ganze erkrankte Gebiet mit einer gesättigten, durch Zusatz von etwas reiner Salzsäure haltbar und klar erhaltenen, alkoholischen Chlorzinklösung mehrmals überpinselt. Die in der Folge entstehende Anschwellung wird mit Borwasserumschlägen behandelt. Nach Reinigung des Geschwürsgrundes wird ein 3 mal täglich zu wechselnder Pyrogallus-Salbenverband in Anwendung gezogen (Acid. Pyrogall. 1.0, Vaselini 4,0). Dieser wird 4 Tage fortgeführt und dann abermals Borwasserumschläge gemacht. Ist die Wunde abermals rein geworden, so wird nochmals Pyrogallus applicirt und dann wieder Borwasser. Diese Wiederholung wird 3 bis 4 mal wieder aufgenommen bis die Wunde ein glattes und reines Aussehen erhält. Ist dieses eingetreten, so heilt der Defect unter Emplastr. hydrargyri oder Jodoformpulver meist in 2 bis 3 Monaten. Die Narbe ist meist gut, Recidive treten selten ein.

Gleichzeitig mit dieser Behandlung soll für Hebung der Körperkräfte durch gute Nahrung, durch Fernhaltung anderer Erkrankungen, gesorgt werden und sollen die oft vorhandenen Begleiterscheinungen zur Heilung gebracht werden.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch für Untersuchungsrichter, Polizeibeamte, Gendarmen u. s. w. von Dr. Hanns Gross in Graz. II vermehrte Auflage. Graz 1894, Verlag von Leuschner & Lubensky 805 pp. Gr. 8°.

Dem Unterzeichneten sind über 30 Besprechungen äusserst anerkennender Art bekannt, welche über das vorliegende Buch in erster Auflage in nicht medicinischen Blättern erschienen sind. Ob dasselbe von der medicinischen Kritik überhaupt beachtet worden ist, hat er nicht feststellen können; er fürchtet aber, dass sie es todtgeschwiegen hat. Die jetzt eben erschienene sehr erweiterte zweite Auflage soll aber von Seiten der medicinischen Fachpresse nicht unbeachtet bleiben; denn sie verdient von derselben ebenso gelobt zu werden, als sie voraussichtlich von der juristischen Presse gelobt werden wird. Der Verfasser des Werkes ist ein sehr rafinirter Jurist, der die grosse Mühe auf sich genommen hat, sich auf den verschiedensten Gebieten der Medicin, der Technik etc. umzusehen und alles das zusammenzutragen, was vor Gericht zu wissen häufig nöthig ist. Es sei mir gestattet im Nachstehenden kurz anzudeuten, was für als Gerichtsärzte fungirende Mediciner von Interesse sein dürfte: Verwendung der Gerichtsärzte bei eigentlich gerichtsärztlichen Fällen, bei Leichenconservirung, bei Tätowirungen, bei Geisteskranken, bei Farbenblinden, bei Fällen von Hypnotismus. Nachweis von Blutspuren, Excrementen, Haaren. Untersuchung von Schriftzügen. Simulation von Krankheiten (Epilepsie, Schwerhörigkeit, Bindheit, Geisteskrankheit etc). Gaunersprache. Einige körperliche Eigenschaften der Zigeuner. Zigeunergifte. Aberglauben. Wirkung der verschiedenen Hieb-, Stich- und Schusswaffen. Fussspuren und Blutspuren. Erhängen, Erdrosseln. Abtreibung der Leibesfrucht. Vergiftungen. Handschriftenfälschung. Diese Kapitelüberschriften zeigen, dass das Werk reich ist an Abschnitten, deren Betrachtung unter dem Gesichtswinkel eines Juristen für uns Mediciner nicht nur interessant sondern auch lehrreich ist. Das Buch steht auf internationalem Boden, d. h. es lehnt sich nirgends eng an die Specialgesetzgebung eines Landes an, und passt also ebenso gut für Russland als für Oesterreich. Dem Urtheil der Kölnischen Zeitung, dass das Werk einer Uebersetzung in andere Cultursprachen werth ist, schliesst sich der Unterzeichnete durchaus an. Sollte eine Bearbeitung für Russland vorgenommen werden, so müssten auf die gerade in diesem Lande so reichen Erfahrungen über Praktiken, dem Militärdienste zu entgehen, etwas mehr Rücksicht genommen werden. Aus dem Verzeichniss medicinischer Fachausdrücke könnte eine ganze Anzahl gestrichen werden; wer von uns Medicinern wird vor Gericht wohl mit Ausdrücken wie: Esthiomen, Ethmyphitis, Etroncus, Exoncoma, Exormia, Fatuitas, Fega, Freisam, Cyesis etc. etc. um sich werfen? Gewiss Keiner!

R. Kobert.



Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 4. Mai 1894.

1. Dr. Dahlfeld stellt einen Fall von totaler Farbenblindheit vor und erläutert an der Hand desselben einige Prüfungsmethoden zur Feststellung dieser Erkrankung.
Dr. Zwingmann hat einmal einen Fall von angeborener totaler einseitiger Farbenblindheit beobachtet.

2. Dr. Miram stellt eine Kranke vor, an welcher er vor 5 Jahren wegen Carcinom den Pylorus resecirt hat. Bis vor 3 Wochen fühlte sich Pat. wohl, zu welcher Zeit sie am Ikterus erkrankte. In der Gegend des Pylorus lässt sich eine Härte palpiren deren Charakter sich im Augenblick nicht genau bestimmen lässt.

3. Dr. Krannhals legt das anatom. Praeparat eines Aneurysma Aortae vor, welches sich durch seine ungewöhnliche Ausdehnung und Perforationsart in die Lunge auszeichnet. In Anknüpfung an die Demonstration referirt Dr. Hampeln kurz über die Krankengeschichte. — Pat. im 48 a. n. kräftiger Constitution und von robuster Gestalt, erkrankte an 2. Dec. 1892 auf der Strasse an einer heftigen Hämoptoe. Collabirt und hochgradig anemisch gelangt er in die 1. Abth. Der blutige Auswurf dauert dort noch fort. Die Untersuchung ergab eine schwach pulsirende gedämpfte Parthie in der linken oberen Brustgegend vorne, schwacheren Radialpuls links, Heiserkeit, kurz Zeichen eines Tumors im Brustraum. Gerade die profuse Hämoptoe und ein gleichzeitiges vorhandenes Hämatothorax linkerseits, veranlassten Vortragenden wegen der grossen Seltenheit solcher Erscheinungen im Verlauf eines Tumors und ihrer auf Perforation beruhenden relativen Häufigkeit bei Aortenaneurysma, gerade dieses zu diagnosticiren und seine gleichzeitige Perforation einerseits in die Lunge, anderseits in die Pleura. Wider Erwarten besserte sich das Befinden des Kranken, das Hämatothorax wurde zum grossen Theil resorbirt, die Lungenblutung liess nach, aber hämorrhagischer Auswurf blieb während der ganzen Zeit bis zu dem nach 1 Jahr 5 Mon. erfolgten Tode bestehen. Nachdem Pat. nämlich wiederholt der gleichen Erscheinungen wegen im Krankenhause gelegen hatte, trat er am 26. April ac. unter Fieber und stärkerer Hämoptoe wieder ein. Auch dieses Mal schien sich das Befinden nach einiger Tagen bessern zu wollen, als am 1. Mai der plötzliche Tod erfolgte, wohl, wie die Obduction ergab, in Folge einer terminalen Blutung in die Pleura hinein. — Dieser Fall nimmt nun ausser durch seinen Verlauf auch darum das besondere Interesse des Vortragenden in Anspruch, weil er als klassisches Beispiel der von ihm vor 2 Jahren in einem Vortrage vertretenen Lehre von habituellen, praemonitorischen Perforationsblutungen eines Aortenaneurysma angesehen werden darf. Liegt doch hier zwischen der initialen und terminalen Perforationsblutung ein Zeitraum von 1 Jahr und 5 Mon. in dem continuirlich eine leichte Entleerung blutigen Schleimes stattfand, wie er ausser beim Aneurysma, und zwar in Folge seiner Perforation, nur noch beim Neoplasma beobachtet wird. — In Betreff der Aetiologie des Falles sei auch hier zu bemerken, dass venerische Ulcera u. Bubonen deutliche Narben an der erkrankten Stelle hinterlassen haben. Es scheint daher auch in diesem Falle Lues als Ursache des Aneurysma verdächtigt werden zu dürfen.

Dr. Krannhals berichtet im Anschluss hieran über einen Fall aus seiner Praxis, welcher beweist, wie schwierig oft die Diagnose eines Aneurysma Aortae zu stellen ist. Es handelt sich um einen Mann im mittleren Lebensalter, welcher nur Zeichen insufficienter Herzthätigkeit, gelegentlich Hämoptoe und leichten Lungencatarrh darbot. Sputumuntersuchung auf Tuberkelbacillen negativ, Fehlen sämmtlicher für Aneurysma charakt. Zeichen. Diagnose daher auf chron. Myocarditis mit ihren Folgeerscheinungen gestellt. Plötzlicher letaler Verlauf durch Lungenblutung. Obgleich Section nicht zu erlangen, zweifelt Vortragender nicht, dass es sich um ein perforirtes Aneurysma Aortae gehandelt hat.

4. Dr. Anspach hält seinen angekündigten Vortrag über die Perforation des lebenden Kindes. — Dieselbe tritt practisch am meisten bei engem Becken auf. Vor jeder grösseren geburtshülfl. Operation, insbesondere vor der Perfor. d. lebenden Kindes muss eine genaue Messung des Beckens vorgenommen werden. Wenn derselben ja auch manche Fehlerquellen inne wohnen, so lässt sich aus derselben doch immer das eine constatiren, ob eine Verengung vorhanden ist. Im Gegensatz zur absoluten Beckenenge ist auf eine eventuelle relative durch die Grösse des kindlichen Kopfes bedingt, zu achten. Die Perf. kommt in Frage bei einer Conj. vera 5,5—9,8 Cm., aber gleichzeitig mit ihr Zange, Wendung, künstliche Frühgeburt, Symphyseotomie und Sectio caesarea. Durch die Zange, und namentlich durch die Wendung, da bekanntlich der nachfolgende Kopf leichter als der vorangehende durch das Becken geht, sind schon viele Früchte vor der Perf. bewahrt worden. Die künstliche Frühgeburt kommt natürlich nur in Frage wenn der betreffende Fall dem Arzte frühzeitig zur Beobachtung gelangt. Die Symphyseotomie hat in letzter Zeit, namentlich in Italien warme Anhänger gefunden, und dürften daher in Zukunft durch diese Methode viele lebende Früchte der Perf. entgehen. Die Sectio caesarea bleibt der Klinik reservirt, da ferner durch die Walchersche Hängelage die Conj. vera mehr als um 0,5 c. m. verlängert werden kann, so ist sie bei geburtshülflichen Operationen von grosser Bedeutung. Nach Berüksichtigung aller dieser Operationsmethoden dürfte die Perf. des lebenden Kindes wohl nur in den seltensten Fällen in Frage kommen, und an die Moralität und Gewissenhaftigkeit des Arztes immer hohe Anforderungen stellen.

(Autoreferat)

Dr. Stryk kann Vortragendem in seiner Behauptung: die Perforation lasse sich im nachfolgenden Kopfe ebenso leicht, wie im vorangehenden ausführen, nicht beistimmen.

Dr. Anspach hat diese Behauptung nicht aus eigener Erfahrung geschöpft, sondern beruft sich auf die Autorität Schröders und andrer nahmhafter Geburtshelfer.

Dr. Knorre ist nach seinen Erfahrungen ein Gegner der Wendung bei engem Becken, höchstens lässt er dieselbe noch gelten beim platten Becken. Zur Illustration seiner Behauptung berichtet er über eine Beobachtung welche in der Dorpater Klinik bei 4 Geburten, bei ein und derselben Frau, behaftet mit einem platten Becken v. c. 8—8,5 Ctm. gemacht werden konnte. Bei der I u. II. Geburt, Wendung — Resultat todte Kinder. III. Geburt abwartendes Verfahren bis zum Verstreichen des Muttermundes, dann Durchpressen des Kopfes mit nachfolgendem Forceps — Resultat lebendes Kind. IV. Geburt gleiches Verfahren — spontane Geburt eines lebenden Kindes.

Dr. Treymann schliesst sich den Ausführungen Dr. Knorres an und möchte vor der Wendung besonders bei Erstgebärenden warnen. Hier empfehle er ein bis zu den erlaubten Grenzen gehendes expectatives Verhalten. Häufig leiste in schweren Fällen die Breus'sche Axenzugzange noch gute Dienste wo die gewöhnliche Zange im Stiche lässt. Die Perforation des nachfolgenden Kopfes halte auch er für schwieriger ausführbar, als am vorangehenden. Die Cohnsteinsche Methode dürfte übrigens im ersteren Falle zu empfehlen sein.

Dr. Hach ist bisher noch nicht in die Lage gekommen ein lebendes Kind perforiren zu müssen. Er würde gern von Dr. Treymann erfahren, ob sich im Krankenhause dazu häufiger Gelegenheit biete.

Dr. Treymann hat während seiner 30 jährigen Praxis überhaupt nur 3 Mal die Perf. am lebenden Kinde ausführen müssen, und zwar 2 Mal auf dem Lande. Heutzutage dürfte dieser für den Arzt immerhin peinliche Act in erster Linie durch die Symphyseotomie und dann auch durch die Sectio caesarea in den meisten Fällen umgangen werden können.

Secretair Dr. Radecki.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Fortsetzung).

3. Sitzungstag.

1. von Bardeleben (Berlin). Ueber frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder mit besonderer Rücksicht auf die untere Extremität.

Auf der Charité sind namentlich auf Anregung des Dr. Korsch Versuche zur Heilung von Knochenbrüchen mit Gehverbänden seit 1892 in grösserem Umfange gemacht. Behandelt wurden 116 Kranke darunter 89 Unterschenkel- und 22 Oberschenkelbrüche, sowie einige Kniescheibenbrüche. Bei mehreren Kranken bestanden gleichzeitige Brüche mehrerer Knochen, oder auch desselben Knochen. Diese sowie 16 complicirte Brüche konnten genau ebenso behandelt werden, wie die einfachen uncomplicirten, nur dass natürlich die complicirten erst aseptisch verbunden wurden und darüber der Gehverband kam. B. schildert dann die Vortheile der Bewegung. Nicht nur, dass der Kranke alle seine Bedürfnisse selbst befriedigen kann, ist er auch im Stande relativ früh seinen Berufsgeschäften nachgehen zu können. Die Muskulatur atrophirt nicht. Die zerbrochenen Knochen heilen schneller. Namentlich bei alten Leuten und Potatoren sehen wir Vortheile. Die Lungen werden nicht belastet, der Decubitus vermieden, es tritt beim Säufer kein Delirium auf.

Der Verband wird mit Gyps gemacht und soll genau anliegen, seine Stützpunkte an typischer Stelle finden und nirgends drücken. Die Gypsbinde kommt direct auf die Haut, die eingeölt und abgewischt wird. Womöglich gleich nach der Fractur. Das Glied schwillt dann nicht an. Ist es schon geschwollen, so



muss der Verband bald wieder erneuert werden, wenn das Glied dünn geworden. Der Gehverband soll nicht, wie Strohmeyer das vom Gypsverband sagte, ein Faullenzer sein, er soll lieber zu oft als zu selten gewechselt werden. Die Patienten sind mit dem Verfahren sehr zufrieden, was auch verständlich sei, wenn man den Gegensatz von früher, wo sie in «Matratzenprobe» 8 Wochen ruhen mussten, und jetzt, wo sie ihrem Beruf ungehindert nachgehen, berücksichtigt. Alle Oberschenkelfracturen gehen gut mit einer Verkürzung von 1½ bis 2 Ctm. (!! Ref.) Demonstration.

2. Korsch (Berlin). Demonstration von Fällen, die wegen Ober- und Unterschenkelbrüche und complicirter Brüche s. Zt. mit ambulatorischen Gypsverbänden behandelt worden sind.

Bespricht eingangs die Geschichte der Verbände. Der Vater des Gehverbandes ist der Sentin'sche Kleisterverband. Als dann der Gypsverband aufkam schien er für diese Zwecke zu schwer. Langsam nur brach sich die von Hessing schon lange geübte Behandlungsmethode Bahn. Krause zeigte dass man den Gypsverband auch leichter machen und so den Hessing'schen Holzleimverband billiger nachahmen könne. Es kamen dann die Publicationen von Hans Schmidt, Messner, Bruns u. s. w. Demonstration.

3. Albers (Berlin). Ueber Gehverbände bei Brüchen der unteren Gliedmassen.

An Material brauche man fünf Meter lange 12 Cm. breite Mullbinde. Schusterspähne von Buchenholz, die vor dem Gebrauch durch heisses Wasser gezogen werden.

Auf die wenig eingeölte Haut kommen die Gypsbinden die glattgestrichen werden ohne Brei. Dabei liegt Pat. im Bett. Hochlagerung kann durch Kissen besorgt werden. Beckenstütze ist nicht nothwendig, da das Becken nie mit in den Verband genommen wird (cf. Verkürzung! Ref.) Anfangs sind die Verbände in Narcose angelegt worden. Ohne ist es bequemer da man die subjective Kritik des Kranken braucht und dann nicht später genöthigt ist an dem Verbande zu corrigiren. Der Gyps liegt in 4—6-facher Schicht, wobei eine besondere Gypswinke oder Latte an den Tabia ischi angepasst und um den Oberschenkel geschlagen wird. A. beginnt meist, um es der Assistenz zu erleichtern, mit Eingypsen des Unterschenkels (Zehen bleiben frei — Fuss rechtwinklig) dann applicirt er die Gypslatte an den Tabes ischi und verbindet beide Theile zuletzt durch eine Reihe Touren. In den Gypsverband werden stets 4 Schusterspähne eingelegt, von denen 2 einen Steigbügel bilden, die anderen beiden bis nahe an die Zehen hingehen. Tritt Cyanose und Kälte der Zehen ein so kann der Versuch gemacht werden sie durch Elevation zu beseitigen. Meist ist man dann genöthigt den Verband zu wechseln. Finden sich Druckstellen, so werden Fenster eingeschnitten. Ist gar eine Druckblase entstanden, so heilt sie bald unter Jodoformmull. Die ersten Gehversuche wurden stets im Laufstuhl gemacht. Am selben Tage noch erhält Pat. Krücke und Stock. Manche gehen nach einigen Tagen schon ohne Krücke und Stock. Man kann nun diesen Verband wenn er erhärtet ist, wesentlich verstärken durch Ueberleimen dünner Hobelspähne, die mit Cambridgebinde befestigt werden. Diese Verbände sind leicht, können auch aufgeschnitten noch weiter dienen. (Demonstration).

An der Discussion betheiligen sich: Schmidt (Stettin), Krause (Altona) und Lauenstein.

4. Liermann (Frankfurt a. M.) Demonstration einer Extensionsschiene zur ambulanten Behandlung der Coxitis etc.

Ist in guter und practischer Ausführung eine Modification der von Bruns empfohlenen.

5. Credé (Dresden). Zur Technik der Amputation grosser Gliedmassen. Verwirft die Naht und will mit einer sterilen Marlybinde die Wundränder adaptiren, was er des weiteren ausführt. Er nennt das «nahtlose Compressionsmethode».

Discussion: Gussenbauer: Vor 40 Jahren sei diese Methode die übliche gewesen. Seitdem hätten wir die Naht mit Drainage — schliesslich ohne Drainage gelernt. Warum sie aufgeben?

6. Bier (Kiel). Weitere Mittheilungen über die Behandlung chirurg. Tuberculose mit Staungshyperaemie.

180 Fälle. Es treten oft Störungen ein im Verlauf dieser Behandlung die böse aussehen und zu unnützem Operiren verleiten. Nur bei einem kleinen Theil handelt es sich um thatsächliche Verschlimmerung. Meist ist sie vorübergehend. Dauernde venöse Hyperaemie ist nicht nöthig. Es genügt mit Pausen alle 2 Stunden zu wechseln. Die Peripherie wird eingewickelt. Bei nicht aufgebrochener Tuberculose ist Schmerz, Contractur etc. in wenig Tagen fort und die Bewegung frei. Oft in 2 Jahren Heilung gesehen. In einem Drittel der Fälle bestand Eiterung die zurückging. Diese zeigen oft Verschlimmerung man soll aber nicht operiren d. h. incidiren. Bier saugt den Abscess vorsichtig mit dem Dieulafoy aus und spritzt Jodoformglycerin hinein. Ist der Stichkanal verheilt so kann man mit der Behandlung fortfahren. Entstehen die Abscesse sehr rapid so soll die Pause länger sein. Auch die offene Tuberculose kann man so behandeln, bei dieser zuerst starke Secretion. Daneben Mechanotherapie. Bei dieser Behandlung sei die Function für später besser gewahrt als durch die Operation. Bier hat auch bei Hodentuberculose und Hauttuberculose die Methode mit Erfolg angewandt. Jede Tuberculose, die ohne Functio laesa zu entfernen ist, soll operirt werden alle anderen sollen mit Stauungshyperaemie, Jodoformglycerin und mechanischen Mitteln behandelt werden.

Contraindication sind nur grosse Abscesse.

Mikulicz spricht sich ebenfalls für diese Methode aus, oft in 8 Tagen schon Schmerzen fort.

Zeller demonstrirt eine Reihe so behandelter Fälle (aus Moabit).

7. Rincheval (Cöln). Behandlung eines angeborenen Knochendefects am Vorderarm resp. Unterschenkel. Hat wie bei der Sehnenplastik den Defect durch Umklappen eines Knochenlappens gedeckt.

8. Barth (Marburg). Ueber Osteoplastik in histologischer Beziehung (mit Demonstration von Präparaten).

B. kommt auf seine frühere Arbeit über das einschlägige Thema zu sprechen. Er hat jetzt vollgültige histologe Beweise für die schon damals vertretene Anschauung, dass eine Einheilung des implantirten Knochens, Elfenbeins etc. nicht stattfinde, ja selbst nicht bei Autoplastik. Stets geht das eingefügte Knochenstück zu Grunde und wird ersetzt durch neugebildete Knochen vom Periost aus. Selbst bei der König'schen Knochenverschiebung wird das gelöste Knochenstück resorbirt. Die Neubildung des Knochens beginnt schon in der ersten Woche. Bringt man resorbirbares Material hinein, so fällt die Knochenneubildung weniger ergiebig aus: Es scheint das Periost vornehmlich durch einen gegen Resorption resistenten Körper, der dicht anliegt, zur Thätigkeit angeregt zu werden. So bewährt sich in dieser Eigenschaft ein Schwamm vortrefflich. Er wurde vollständig durchwachsen, und dieses Gewebe ossificirte dann.

Discussion: v. Brahmann (Halle) glaubt gestützt auf klinische Beobachtungen der Resorption nicht die Bedeutung beimessen zu können, die Barth ihr giebt und hält an der Auffassung fest, dass ein Theil des Knochens jedenfalls nachbleibe. An der Discussion betheiligten sich noch Helferich, Bidder, Barth.

9. Rotter (Berlin). Ueber eine eigenartige Form von Pustelbildung mit Hautgangraen. (Mit Vorstellung des Patienten).

R. hat den Fall der diagnostisch sehr spröde war und sich in keins der bekannten Krankheitsbilder einreihen liess genau bacteriologisch untersucht und in den Pusteln Bacillen gefunden, die reincultivirt dieselben Eigenschaften am Thiere zeigten. Das Blut solcher Thire hatte immunisirende Eigenschaften.

10. Henle. Ueber Desinfection inficirter Wunden. H. hat die Desinfection der inficirten Wunden durch Aufträufeln von 1 pro mille Sublimat und 1 % Carbollösung mittelst Wattebäuschen, selbst nach 2—3 Stunden noch sicher erreicht. Nach 6 Stunden gelang die Desinfection nicht mehr sicher. Wasser hat nicht dieselbe Wirkung.

Discussion: von Bergmann: Pfuhl hat unter Kochs Leitung die Versuche Schimmelbusch's die denen Henles direct widersprechen, durchaus bestätigt.

Bardeleben und seine Assistenten demonstriren in der Charité die Application der Gehverbände um 9 Uhr, vor der Sitzung. Die Verbände sind ausserordentlich leicht und namentlich die mit Holzleimbinden verstärkten sehr fest. Dieselbe Methode: Dünner Gypsverband und Holzleimverband darüber lasse sich auch verwenden zur Herstellung von genau passenden Stelzfüssen, bei denen ein Bambusrohr, oben vielfach gespalten der Gypshülle aufgeleimt wird. Diese Prothese ist sehr leicht und billig.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Am 28. Juni veranstalteten, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, in Mohilew die Collegen, Freunde, Repräsentanten der Administration und der Stadt ein Abschiedsdiner zu Ehren des früheren langjährigen Gouvernements-Medicinalinspectors, wirkl. Staatsraths Dr. Georg Arroneet, welcher in seine Heimathstadt Riga übersiedelt. Sämmtliche Anwesende drückten ihr Bedauern darüber aus, dass sie und Mohilew in der Person des Dr. Arroneet einen thätigen Administrator, guten Collegen und herzensguten Menschen verlieren. Die örtliche Gesellschaft der Aerzte, deren lang-



jähriges Mitglied und eifrigster Förderer A. war, überreichte ihm das Ehrenmitgliedsdiplom der Gesellschaft. — Dr. Arronet, welcher gegenwärtig im 67 Lebensjahre steht, stammt aus Riga und erhielt seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität, wo er von 1847—52 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war er anfangs kurze Zeit Ordinator am Militärhospital in Nowogeorgiewsk darauf successive Bezirksarzt für den Ostrowschen und Pleskauschen Kreis, Gouvernementsarzt am Domänenhof in Petrosawodsk, Kreisarzt in Schaulen (Gouv. Kowno). Im Jahre 1879 wurde er zum Gehülfen des Kownoschen Medicinalinspectors ernannt und im Jahre 1883 als Gouvernements-Medicinalinspector nach Mohilew übergeführt, in welcher Stellung er bis zu seiner Verabschiedung in den letzten Monaten des vorigen Jahres verblieb.

— Der berühmte Hygieniker Prof. Dr. v. Pettenkofer in München hat wegen vorgerückten Alters seinen Abschied genommen und seine Lehrthätigkeit mit dem Schluss des Sommersemesters aufgegeben. Zu seinem Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Hygiene und als Director des hygienischen Instituts an der Münchener Universität ist sein hervorragender Schüler, der ausserordentliche Professor Dr. Hans Buchner in München, ernannt worden.

— Privatdocent Dr. Schlange, Oberarzt an der v. Bergmann'schen Klinik in Berlin, hat eine Berufung zum Leiter der chirurgischen Abtheilung des neuen Stadtkrankenhauses in Hannover erhalten. Die Abtheilung für interne Krankheiten an diesem Krankenhause übernimmt der Privatdocent Dr. Reinhold aus Freiburg. (A. m. C.-Ztg.).

— Der bekannte Chirurg, Prof. extraord. Dr. Doutrelepont, welcher die Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Bonn leitet, ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Anlässlich der 350 jährigen Jubelfeier der Königsberger Universität ist unserem Landsmann, dem dortigen Professor der Anatomie, Dr. Ludwig Stieda (früher bekanntlich Professor an der Dorpater Universität), der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Pädiatrie an der Universität Tomsk, Dr. Leonid Bartenew, ist in gleicher Eigenschaft an die Universität Charkow übergeführt worden.

— Der Privatdocent der Kasanschen Universität, Dr. A. A. Panormow, ist zum ausserordentlichen Professor der medicinischen Chemie an der genannten Universität ernannt worden.

— Der bisherige Gehülfe des Estländischen Medicinalinspectors, Staatsrath Dr. Cornelius Sprenshin ist vom Minister des Innern als Estländischer Gouvernements-Medicinalinspector an Stelle des nach Kursk übergesiedelten Dr. Krusenstern bestätigt worden.

— Wie aus Kasan telegraphisch gemeldet wird, ist daselbst der Professor und Director der therapeutischen Hospitalklinik an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. M. J. Chomjakow am 19. Juli plötzlich verstorben.

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: Der Professor am St. Petersburger Hebammeninstitut, wirkl. Staatsrath Dr. Robert Kreutzer.

— Verstorben: 1) Am 13. Juli der Oberarzt des Preobrashenskischen Garderegiments, wirkl. Staatsrath Dr. Georg Metz. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1860 wurde M. Militärarzt und als solcher später Oberarzt des Ssemenowschen Garderegiments. Im Jahre 1889 erhielt er die Oberarztstelle am Preobrashenskischen Garderegiment, welche er bis zu seinem Lebensende bekleidete. Als Oberarzt des Ssemenowschen Regiments war er während des letzten türkischen Feldzuges 1877/78 auf dem Kriegsschauplatze thätig. Der Verstorbene nahm eine hochgeachtete Stellung im Militär-Medicinal Ressort ein und erfreute sich auch einer ausgebreiteten Privatpraxis. 2) Am 27. Juni in Moskau der dortige Arzt Otto Rosenberg im Alter von 51 Jahren. 3) Im Flecken Schaschkow der Arzt der dortigen Zuckerfabrik, F. O. Tscherski, im 68. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene war nach Absolvirung des Cursus an der Universität Kiew i. J. 1851 anfangs jüngerer Arzt, dann Oberarzt eines Regiments und machte als solcher den türkischen Feldzug mit. Nach 20jährigem Dienst nahm er seinen Abschied und siedelte nach Shitomir über, wo er mehrere Jahre als freiprakticirender Arzt wirkte und dann die Arztstelle an der Zuckerfabrik annahm. 4 u. 5) Die jüngeren Militärärzte Anatol Woskoboinikow in Warschau und M. P. Derjabin in Perm. 6) In Ssamara der Landschaftsarzt des Jurjewez'schen Kreises Peter Ssetschkin an der Lungenschwindsucht, die sich nach einem schweren Flecktyphus entwickelte, den er im Mai-Monat durchmachte. Er hat 2 noch unmündige Kinder ganz mittellos hinterlassen. 7) In Kopenhagen der dortige Professor Dr. Hannover, einer der angesehensten Aerzte der dänischen Hauptstadt und bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Anatomie, im Alter von 80 Jahren.

— Vom Professorencollegium der deutschen medicinischen Facultät in Prag sind für den durch Prof. Gussenbauers Uebersiedelung nach Wien vacant gewordenen Lehrstuhl der Chirurgie die Professoren Nicoladini (Innsbruck), Wölfler (Graz) und v. Eiselsberg (Utrecht) in Vorschlag gebracht worden. (A. m. C.-Ztg.)

— Der frühere Professor der Therapie an der Warschauer Universität, Geheimrath Dr. D. F. Lambl, hat ein Capital im Betrage von 20,000 Rbl. gespendet zur Unterstützung von Studirenden, welche den Cursus an der Universität und am Polytechnicum in Prag absolvirt haben. Prof. Lambl stammt aus Böhmen.

— Von einer Person, die nicht genannt zu werden wünscht, sind 1000 Rbl. der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im St. Petersburger Gouvernement gespendet worden.

— Beim Kiewschen jüdischen Hospital wird eine Baracke mit 3 isolirten Abtheilungen für Scharlach-, Pocken- und Diphtherie kranke Kinder erbaut. Die Baukosten (25.000—30,000 Rbl.) trägt der reiche Kiewsche Zuckerfabrikant L. J. Brodski. (Kiew. Slowo — Wr.)

— Die Ssaratowsche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat eine Prämie im Betrage von 500 Rbl. für die beste allgemein verständliche Anleitung zur Behandlung von Infectionskrankheiten ausgesetzt. Das Programm des Concurses wird von dem im nächsten Herbst in Ssaratow stattfindenden Congress der Landschaftsärzte ausgearbeitet werden.

— Bis zum 26. Juni waren im Mineralbade Slawjansk (Gouv. Charkow) 908 Curgäste eingetroffen.

— Die «Society of Arts» in London hat Sir Joseph Lister die Albert-Medaille verliehen «für die Entdeckung und Einführung der antiseptischen Methode der Wundbehandlung, durch welche nicht nur die chirurgische Kunst ausserordentlich gefördert ist und viele Menschenleben gerettet sind, sondern auch ausgedehnte Industrien zur Beschaffung des erforderlichen Materials entstanden sind». (A. m. C.-Ztg.)

— Die Zahl der Badegäste in den kaukasischen Mineralbädern betrug bis zum 25. Juni 3927, und zwar in Pjatigorsk 2303, in Essentuki 789, in Shelesnowodsk 635 u. in Kislowodsk 329. Gegen das Vorjahr ist eine Zunahme der Curgäste um 800 Personen zu constatiren.

— Mittelst Allerhöchsten Ukases vom 27. Juni d. J. ist nach dem Ableben der Grossfürstin Katharina Michailowna die Verwaltung der unter der Bezeichnung «Institutionen der Grossfürstin Helene Pawlowna» vereinten Anstalten aufgehoben und sind die diesem Ressort unterstellten Krankenanstalten, welche unter dem Protectorat der verewigten Grossfürstin standen, anderen Ressorts zugetheilt worden, und zwar: 1) das Hebammeninstitut und das klinische Elisabeth-Kinderhospital — dem Ressort der Höchsteigenen Kanzlei Sr. Majestät für die Institutionen der Kaiserin Marie; 2) die Maximilianheilanstalt, und die Gemeinschaft der barmherzigen Schwestern zur Kreuzerhöhung — der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes».

— 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. Geschäftsführung: Prof. Kerner von Marilaun Prof. Sigm. Exner Wien, I. Franzensring, Universität. Unter den nach Hunderten zählenden Vorträgen, welche für die bevorstehende Naturforscher-Versammlung bereits angemeldet sind, erwecken selbstverständlich jene beim Publicum das grösste Interesse, welche für die allgemeinen, auch von den Damen der Versammlung besuchten Sitzungen bestimmt sind. Sie werden im Grossen Musikvereinssaale stattfinden. Den Reigen eröffnet Montag den 24. September: E. Leyden (Berlin) mit einem Vortrag über den berühmten Wiener Organisator der medicinischen Anstalten «Gerh. van Swieten und die moderne Klinik». Dann spricht E. Mach (Prag) über «ein erkenntniss-theoretisches Thema». In der zweiten Sitzung (Mittwoch) spricht H. v. Helmholtz (Berlin) über «bleibende Bewegung und scheinbare Substanzen» und A. Forel (Zürich) über «Gehirn und Seele». Freitag den 28. September findet die Schlussitzung statt mit Vorträgen A. v. Kölliker's (Würzburg) «über die feinere Anatomie und die physiologische Bedeutung des sympathischen Nervensystemes», und des Afrikareisenden O. Baumann «die Entdeckung der Nilquellen».

Um den mit ihren Männern oder Vätern zu der Versammlung kommenden Damen die Stunden, in denen Erstere wissenschaftlichen Sitzungen und Arbeiten obliegen, angenehm zu vertreiben, hat sich aus den naturforschenden und ärztlichen Kreisen Wiens ein Damenausschuss gebildet, der eine Reihe gemeinschaftlicher Unterhaltungen veranstaltet. So werden die Colleginnen für den ersten Tag zu einer «Wiener Jause» in den Volksgarten, für einen anderen Tag zu einer «musikalischen Aufführung» in den kleinen Musikvereinssaal geladen, wo die Wienerinnen Gelegenheit haben werden, sich sowohl als gemüthliche Hausfrauen wie als feinfühlige Kunstkennerinnen zu zeigen. Auch werden einige derselben mitwirkend auftreten, andere Mitglieder des Damenausschusses werden durch eine



illustrirte Festgabe, die sie selbst hergestellt haben. und die jeder Theilnehmerin der Versammlung übergeben wird, ihren Kunstsinn bethätigen. Ferner sind gemeinschaftliche Besuche der Hofmuseen, des Hof-Burgtheaters, der Hofbibliothek, die eine besondere Ausstellung veranstaltet, von Kirchen, speciell auch eine gemeinsame Besteigung des Stefansthurmes geplant. Der Bürgermeister hat ausdrücklich auch die Damen der Naturforscherversammlung zu seinem Empfang im Rathhause eingeladen.

— Von der hiesigen militär-medicinischen Academie sind im verflossenen Lehrjahre 1893/94 im Ganzen 642 gelehrte Grade und Würden verliehen worden, und zwar die Würde eines Doctors der Medicin an 126 Personen, der Grad eines Arztes an 99, die Würde eines Accoucheurs an 1 Person, die eines Kreisarztes an 4, eines Zahnarztes an 11, eines Dentisten an 18, einer Hebamme an 290, der Grad eines Magisters der Pharmacie an 1 Person, eines Provisors an 22 und eines Apothekergehülfen an 70 Personen. Ausserdem haben in der unter dem Vorsitz des Academikers F. W. Owsjannikow eingesetzten academischen Prüfungscommission 12 Personen das Arztexamen bestanden, davon 6 eximia cum laude.

— Bei der am 1. Juli d. J. veranstalteten Revision der Casse der Hauptverwaltung der russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug der Bestand derselben — 3 240,595 Rbl. 49¾ Kop.

— Auf der im nächsten Jahre in Nishni-Nowgorod stattfindenden allrussischen Ausstellung ist auch eine Abtheilung für Medicin und Sanitätswesen in Aussicht genommen. Die Organisation dieser Abtheilung ist. wie verlautet. der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit übertragen worden.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg nimmt in erfreulicher Weise ziemlich rapide ab. Während am Tage unseres letzten Berichtes (13. Juli) noch 120 Neuerkrankungen vorkamen, hat sich die Zahl der Erkrankungen an den folgenden Tagen regelmässig verringert und ist vom 19. auf 20. Juli bereits auf 50 gesunken. Die Zahl der Genesungen übersteig auch in letzter Zeit die Zahl der Sterbefälle. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie (19. Juni) bis zum 20. Juli in St. Petersburg 3355 Personen erkrankt, 1354 genesen und 1549 gestorben. Nächst St. Petersburg weisen nach dem letzten officiellen Cholerabulletin das Gouvernement St. Petersburg mit 415 Erkrankungen (3.—9. Juli). das Gouv. Warschau mit 366 Erkr., das Gouv. Kielsce mit 195 Erkr. und die Stadt Warschau mit 140 Erkrankungen noch erhebliche Ziffern auf. In den übrigen Gouvernements, in welchen die Seuche herrscht, erreicht die Zahl der Erkrankungen nirgends eine grössere Ziffer. In den Gouvernements Kiew, Jaroslaw, Mohilew, Orel, Pleskau, Smolensk sind neuerdings einzelne Cholerafälle vorgekommen, jedoch ausschliesslich bei Personen, die aus St. Petersburg oder Warschau angereist waren. Livland ist cholerafrei. In Finnland wurden zu Hangoe 2 Cholerafälle, darunter 1 mit tödtlichem Ausgange, festgestellt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Juli d. J. 6269 (443 weniger als in der Vorwoche), darunter 315 Typhus — (41 mehr), 672 Syphilis — (68 weniger), 46 Schrlach — (14 weniger), 21 Diphtherie — (6 weniger), 35 Masern (3 mehr), 12 Pocken- — (7 weniger) und 588 Cholerakranke (200 weniger).

Vacanzen.

In Sterlitamak (Gouv. Ufa) ist der Posten des Stadtarztes zu besetzen. Der Arzt steht im Staatsdienst und bezieht von der Stadt ein Gehalt von 700 Rbl. jährlich. Man hat sich an die «Стерлитамакская Городская Управа» zu wenden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. Juli 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
663	558	1221	169	85	177	27	27	62	192	152	142	91	52	23	14	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 1, Masern 23, Scharlach 7, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 5, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 558, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 207, Todtgeborene 36.

Дозв. ценз. Спб. 23 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, 30. Juli (11. August) **1894**

Aus der therapeutischen Abtheilung des klinischen Instituts I. K. H. der Grossfürstin Helene.

I. Ein Fall von fibrinöser Laryngo-Tracheitis diphtheritischen Ursprungs.

Von

Priv.-Doc. Dr. W. N. Nikitin.

Die Frage, ob eine croupöse Entzündung der Respirationswege als eine selbständige Erkrankung, oder nur als eine Varietät der Diphtherie aufzufassen sei, die sich nur graduell von der Letzteren unterscheide, ist auch noch heut zu Tage nicht entschieden. Einige glauben, dass ein und derselbe Process unter dem Einfluss gewisser, noch nicht definitiv aufgeklärter Umstände, bald als Croup, bald als Diphtherie auftreten könne, obwohl Versuche, Croup und Diphtherie als zwei getrennte Krankheiten auseinander zu halten, schon sehr alten Datums sind.

Bretonneau, Wagner, Störk, Schroetter und A. halten Croup und Diphtherie für eine und dieselbe Krankheit, indem sie die letztere nur als einen höheren Grad des Croups ansehen. Schroetter glaubt die eine Form von der anderen nur auf dem Wege bakteriologischer Untersuchung unterscheiden zu können. Diese Ansicht wird auch durch den Fall vollkommen bestätigt, den ich weiter unten beschreiben will. Dagegen hält Virchow, auf Grundlage pathologisch-anatomischer Befunde. beide Processe für verschiedenartig und W. N. Reitz und F. K. Arnheim haben durch Versuche, in denen sie bei Thieren, durch Injectionen von Aetzammoniaklösung in die Trachea, Croup erzeugten, die Möglichkeit einer Croupmembranbildung, nicht nur in Folge chemischer, sondern auch mechanischer Reizung von Schleimhäuten und Wunden, nachgewiesen, wobei Dr. Arnheim zugleich auch die Identität des künstlich erzeugten Croups mit dem menschlichen constatirte. Ausserdem nehmen Chirurgen und Augenärzte schon längst an, dass mechanische und chemische Irritationen der Schleimhautwunden des Auges und der Trachea (Versuche Trendelenburg's mit dem Einbringen von den Mandeln abgelöster Pseudomembranen in die Trachea von Thieren) die Entwickelung eines croupösen Processes nach sich ziehen können[1]. Andererseits steht fest, dass die Diphtherie bei Menschen sowohl, als auch bei Thieren sich nur auf dem Wege der Ansteckung, durch Inoculation, oder in Folge von Aufenthalt in einem Medium, welches das Diphtherie-Contagium enthält, entwickelt, und dass weder mechanische, noch chemische Irritationen Diphtherie hervorzurufen vermögen.

Hält man diese Thatsachen mit dem Umstande zusammen, dass gegenwärtig bei der Diphtherie die Anwesenheit eines besonderen Mikroben nachgewiesen, beim Croup aber dieses nicht der Fall ist, so ist, selbstverständlich, weit natürlicher beide Processe als nicht identisch aufzufassen.

Bisher habe ich denn auch an dieser Ansicht festgehalten, bis mir der unten zu beschreibende Fall in der Praxis begegnete, der mir die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung bei der Differentialdiagnose des Croups von der Diptherie ganz besonders klar legte[2]. In diesem Falle sprach das klinische Bild und selbst der pathologisch-anatomische Befund für Croup des Kehlkopfs, der Trachea und der Bronchien, während die von Dr. Pewsner verbindlichst ausgeführte und in der zweiten Abtheilung dieser Arbeit ausführlich beschriebene bakteriologische Untersuchung, in den Membranen die Anwesenheit des Diphtheriebacillus nachwies, die Verimpfung der Reinculturen des letzteren auf Thiere

[1] Die Entstehung der croupösen Form der Diphtherie ist, wahrscheinlich, auch durch die intensive Reizung der Schleimhaut seitens des specifischen Mikroben zu erklären.

[2] Eine bakteriologische Untersuchung ist in dergleichen Fällen um so mehr von Bedeutung, als auch der Fränkel-Weichselbaum'sche Diplococcus die Entstehung einer fibrinösen Bronchitis hervorzurufen vermag, wie sie Eugen Fraenkel (Deut. med. Wochenschr. 1892, № 24) bei einem Patienten beobachtete, der an fibrinöser Pneumonie, complicirt mit einer fibrinösen Bronchitis, litt. Aus den fibrinösen Pseudomembranen gelang es Fränkel den erwähnten Diplococcus in Reincultur darzustellen.

aber thatsächlich die Existenz der Diphtherie bestätigte. Im gegebenen Falle bot die Krankheit das klinische Bild des sogen. absteigenden Laryngealcroups bei einer 38-jährigen Frau dar, und nur das Alter der Patientin, bei der Seltenheit des Croups bei Erwachsenen, und das Auftreten von Eiweiss im Harn, hätten Anlass geben können, eine Diphtherie bei der Kranken zu vermuthen [3]); da es aber wegen des rapiden Verlaufs uns zu einer bakteriologischen Untersuchung intra vitam an Zeit gebrach und das Gesammtkrankheitsbild dem Verlauf eines Croups entsprach, so entschieden wir uns eben zu Gunsten dieser letzteren Diagnose (ohne jedoch auch die Möglichkeit einer Diphtherie gänzlich auszuschliessen).

W. L., 38 Jahre alt, giebt an, dass sie am 7. Januar a. c. nach einer Erkältung heiser geworden; sie habe weder Fieber, noch Husten, noch Schlingbeschwerden gehabt und nur bisweilen ein Kitzeln im Halse empfunden. Dieser Zustand habe bis zum 31 Januar angehalten, worauf sie nach einem lauten Gespräch, die Stimme vollständig verloren habe, und auch später nicht wiedererlangte. Zugleich begann sie einen gewissen Grad von Brustbeklemmung und Athemnoth bei Bewegungen zu spüren. Unmittelbar nach einer vom Arzt verordneten Pulverisation wurde eine kleine weisse Pseudomembran expectorirt. Die Erscheinungen der Athemnoth begannen allmählich zuzunehmen; Fieberbewegungen und Schwäche stellten sich ein. In diesem Zustande sah ich die Patientin zum ersten Mal am 4. Februar, nach der Aufnahme derselben in das klinische Institut. Tags zuvor hatte sie wiederum ein fibrinöses Coagulum aus der Trachea ausgeworfen, dasselbe aber kam ebensowenig, wie das erste, mir zu Gesichte. Während des Befindens der Patientin unter meiner Beobachtung kamen keine weiteren Membranen zum Vorschein.

Patientin ist kräftig gebaut, ziemlich voll, nicht cyanotisch: Athembewegungen sehr beschleunigt, 36 in der Minute und sichtlich erschwert; beim Athmen ist ein stenotisches Geräusch hörbar. Vollkommene Aphonie, Schmerz beim Schlingen unbedeutend. Die Submaxillar- und seitlichen Halsdrüsen nicht geschwollen. Im Rachen und in der Schlundhöhle sind keine Belege sichtbar, wohl aber existirt ein granulirter Katarrh des Schlundes. Zunge weiss und leicht belegt. Die ganze Innenfläche des Kehlkopfes ist mit einer weisslichen Pseudomembran ausgekleidet. Letztere bedeckt auch die hintere Fläche des Kehldeckels, dessen vordere Fläche indessen normal ist. Der Kehldeckel ist wenig beweglich, die Anschwellung desselben nur unbedeutend. Die falschen Stimmbänder, in Folge der Auflagerung von Pseudomembranen auf der Innenfläche des Kehlkopfes, grenzen sich nur undeutlich von den wahren Stimmbändern ab. Die Stimmritze ist verengt. Eine Bewegung der Bänder lässt sich nicht wahrnehmen. Die Aryknorpel sind geröthet und innerlich von einer Pseudomembran bedeckt. Unbedeutender Schnupfen; Beläge auf der Nasenschleimhaut nicht bemerkbar.

Herz etwas vergrössert. Herzstoss schwach, wenig fühlbar. Herztöne rein, aber schwach, Herzthätigkeit regelmässig; Puls 120, schwach, klein.

Das Athmungsgeräusch erschwert, in Folge von Stenose, in hohem Maasse die Auscultation der Lunge; gleichwohl lassen sich in den unteren Lappen beider Lungen, besonders aber links, hinten, eine Abschwächung des Athmungsgeräusches und stellenweise trockne Rasselgeräusche constatiren. Der Percussionston im linken unteren Lungenlappen, vom Winkel der Scapula abwärts, zeigt einen tympanitischen Klang. Leber und Milz leicht vergrössert. Magen aufgetrieben, Darm ziemlich leer. Urin saturirt. enthält Eiweiss, im Sediment aber zahlreiche granulirte Cylinder; spec. Gewicht = 1,026, Reaction sauer.

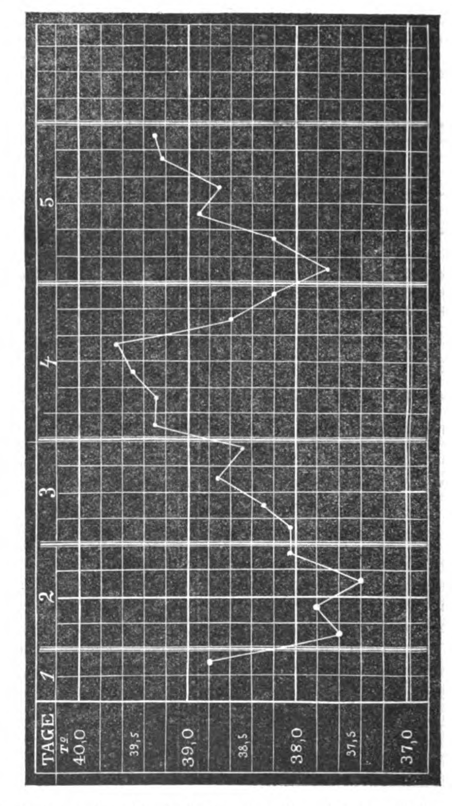
Patientin klagt über Dyspnoe und zeitweise asthmatische Anfälle. Während letzterer tritt Trachealrasseln und Husten auf, aber ohne Auswurf, sondern mit Entleerung eines röthlichen Schleimes. Stimme klanglos. Appetit fehlt. Schlaflosigkeit. Patientin schlummert im Sitzen. Stuhl verstopft. Lavements helfen wenig.

Die Temperatur zeigte eine beständige Tendenz zum Steigen, wobei sie an den beiden Tagen vor dem Tode an den Abenden 39,7° resp. 39,3° erreichte. (Vergl. beiliegende Curventafel).

Trotz aller Maassregeln besserte sich der Zustand der Pat. nicht. Am Abend des 5. Februar nahm die Athemnoth bedeutend zu und das von der Trachealstenose herrührende Geräusch wurde stärker. Puls 130, Athem 38. Heftige Unruhe der Pat. Bewusstsein während der ganzen Zeit ungetrübt. Cyanose fehlte. In den Lungen, besonders in der linken, trotz Betheiligung sämmtlicher Respirationsmuskeln an der Athmung, war eine bedeutende Abschwächung des Respirationsgeräusches bemerkbar. Der Percussionston über beiden Lungen nahm einen tympanitischen Charakter an. Eine subcutane Injection von Apomorphin hatte keinen Erfolg, von einer Tracheotomie, angesichts einer höchst wahrscheinlichen Ausbreitung der Krankheit auch auf die Luftröhre (was sich auch bei der Autopsie bestätigte), wurde ex consilio Abstand genommen. Unter den Erscheinungen zunehmender Asphyxie starb die Kranke den 6. Februar, um 8 Uhr Morgens.

Die Section wurde von Prof. N. W. Petrow ausgeführt. Im Nachfolgenden theile ich nur einen Auszug aus dem Sectionsprotokoll mit:

Herz in beiden Dimensionen leicht vergrössert. Lungen stellenweise durch feste Adhaesionen mit der Brustwand verwachsen; auf der pleuralen Oberfläche des rechten mittleren Lungenlappens findet sich ein fibrinöser Belag. Beide Lungen sind ziemlich stark aufgetrieben, crepitiren überall beim Einschneiden (den mittleren rechten Lungenlappen ausgenommen), sind mässig bluthaltig und leicht oedematös. Der mittlere Lappen der rechten Lunge in toto crepitirt gar nicht und fühlt



sich derb an; die Schnittfläche desselben ist rosafarben und zeigt disseminirte, mehr graugefärbte kleine Partieen; beim Druck auf das Gewebe des Lappens entleert sich eine graue, trübe Flüssigkeit, ohne Luftbläschen. Die Bronchien erster Ordnung beider Lungen, in der rechten aber auch die feinsten, welche zum Mittellappen führen, enthalten einen fibrinösen Belag, der der Schleimhaut als eine dicke grünlich-gelbe, leicht abziehbare Membran aufliegt. Die unter dem Belag befindliche Schleimhaut ist überall von rother Farbe. Lungengefässe unverändert. Die bronchialen Lymphdrüsen etwas vergrössert, weich. Zunge ohne Veränderungen. Die Rachenmucosa rothgefärbt; hinter den beiden Mandeln, auf einem begrenzten Raum, findet sich ein dünner fibrinöser Belag. Oesophagus unverändert. Auf der Hinterfläche der Epiglottis, im Kehlkopf und in der ganzen Trachea findet sich ein fibrinöser Belag in Form einer dicken grünlich-gelblichen, leicht ablösbaren Membran. Die Kehlkopf- und Trachealmucosa leicht geschwellt, von rother Farbe. Milz und Leber etwas vergrössert; Leber im Anfangsstadium parenchymatöser Degeneration. Acute haemorrhagische parenchymatöse Nephritis.

Anatomische Diagnose: Laryngo-Tracheo-Bronchitis und acute fibrinöse Pharyngitis. Desseminirte beiderseitige chronische adhae-

[3]) Es ist, indessen, sehr wohl bekannt, dass das Alter keineswegs vor Croup schützt und dass Eiweiss im Harn beim Croup auch schon wiederholt constatirt worden ist.



sive, rechts umschriebene acute Pleuritis. Acute katarrhalische Pneumonie des Mittellappens der rechten Lunge. Acute Milzvergrösserung. Fettige Infiltration und parenchymatöse Entartung der Leber. Acute haemorrhagische parenchymatöse beiderseitige Nephritis.

Das Eigenthümliche des gegebenen Falles besteht darin, dass das Leiden nicht in der Rachenhöhle, sondern im Larynx begann und erst allmählig auf die Trachea und die Bronchien übergriff. Die Pseudomembranbildung an einer begrenzten Stelle der Tonsillen kam, wahrscheinlich, in den letzten Lebensstunden zu Stande, — wenigstens habe ich am Morgen, Tags vor dem Tode der Patientin, keine Membranen auf den Mandeln derselben gesehen. Der Tod erfolgte durch Asphyxie. Mit einem Worte, das ganze Krankheitsbild entsprach dem klinischen Verlaufe eines Croup, während die bakteriologische Untersuchung der Pseudomembranen Diphtherie constatirte. Nicht ohne Bedeutung ist auch noch der Umstand, dass Niemand aus der Umgebung der Kranken an Diphtherie erkrankte, obwohl Patientin während ihrer ganzen Krankheit von ihren Kindern sowohl, als auch von Erwachsenen besucht wurde. Die Besonderheiten dieses Falles dürften vielleicht mit etwaigen, bisher noch nicht aufgeklärten morphologischen Eigenschaften der Diphtheriebacillen im Zusammenhang stehen.

Einige Autoren (Eichhorst und A.) haben auch schon früher Fälle von diphtheritischem Croup veröffentlicht, wobei jedoch alle die Seltenheit einer primären Diphtherie des Kehlkopfes betonen; eine bakteriologische Untersuchung aber, ist, meines Wissens, in diesen Fällen bisher nicht ausgeführt worden[4]), weshalb eben die Veröffentlichung meines Falles gerechtfertigt erscheinen dürfte.

II. Bakteriologische Untersuchung obigen Falles.

Von

M. J. Pewsner.

Bretonneau[5]) sprach sich auf Grundlage zahlreicher von ihm in Tours, während einer Diphtherieepidemie gemachten klinischen Beobachtungen, schon 1826 für die Identität von Croup und Diphtherie, in aetiologischer Beziehung, aus. Gegen diese Ansicht erhoben sich aber **Rokitansky**[6]) und Virchow[7]), welche auf die schlagenden Unterschiede in dem pathologisch-anatomischen Bilde beider Krankheiten aufmerksam machten. Während nach diesen beiden Autoren, bei der Diphtherie stets eine Nekrose der unterliegenden Mucosa, ein Substanzverlust nach Entfernung der fibrinösen Membran beobachtet werde, bleibe beim Croup die Schleimhaut vollkommen heil und intact.

Diese von solchen eminenten Autoritäten ausgesprochene Meinung wurde zu einer dominirenden Doctrin in der Wissenschaft, bis sie von Klebs erschüttert und endlich durch die bakteriologischen Untersuchungen der Neuzeit umgeworfen wurde.

Prof. Klebs[8]), der in den Pseudomembranen bei der Diphtherie zuerst auf die Anwesenheit eines besonderen Stäbchens hingewiesen, welches er «Mikrosporon diphtheriticum» nannte, sprach sich dahin aus, dass unter Diphtherie nur eine solche Schleimhautentzündung zu verstehen sei, in deren Producten dieses Stäbchen constatirt werden könne; zugleich gab er auch die Möglichkeit einer Diphtherie zu, die nicht nur ohne Coagulationsnekrose der Schleimhaut, sondern auch selbst ohne die für diese Erkrankung charakteristischen Pseudomembranen auftreten könne.

Natürlich fand diese Meinung damals, wo es noch an Beweisen fehlte, dass das von Klebs entdeckte Mikrosporon diphtheriticum in der That die Entstehungsursache der Diphtherie sei, keine Anhänger. Jetzt aber, wo durch die Arbeiten von Löffler[9]), Babés[10]), Klein[11]), Spronk[12]), Escherich[13]), Roux und Yersin[14]). Fraenkel und Brieger[15]) und A., bewiesen ist, dass der von Klebs entdeckte und darauf von Löffler beschriebene Bacillus der directe Erzeuger der Diphtherie ist, erlangt die obige Ansicht Klebs' nach und nach immer mehr Bürgerrecht.

In den letzten Jahren sind nicht wenige Arbeiten von verschiedenen Autoren veröffentlicht worden, denen es gelungen ist die Anwesenheit des Klebs-Löffler'schen Bacillus bei primärem Laryngeal- und Trachealcroup., ohne Affection der Tonsillen und der Rachenhöhle (Kolisko und Paltauf[16]), Eug. Fraenkel[17]), Concetti[18]), bei fibrinöser Rhinitis (Baginsky[19]), Concetti[20]), William Hallock[21]) und bei catarrhalischer Angina (Henry Koplick[22]) nachzuweisen; Niemand aber hat, so viel ich weiss, bisher einen Fall von fibrinöser Bronchitis beschrieben, wo der Diphtheriebacillus als Entstehungsursache figurirte. Der von Eug. Fraenkel[23]) beschriebene Fall von fibrinöser Bronchitis betraf einen Kranken, der an fibrinöser Pneumonie litt und bei dem es Fraenkel gelang aus den fibrinösen Membranen den Fraenkel-Weichselbaum'schen Diplococcus in Reincultur zu erhalten. Derselbe Mikrobe wurde auch von Netter[24]) in einem Falle beobachtet.

Bei einer derartigen Sachlage, dürfte es nicht unpassend erscheinen, wenn ich hier die bakteriologische Untersuchung der Organe der an fibrinöser Tracheo-Bronchitis auf der laryngologischen Abtheilung des klinischen Instituts gestorbenen Patientin, W. L., beschreibe, bei der es mir gelang in den Pseudomembranen und der von katarrhalischer Pneumonie ergriffenen Lunge die Anwesenheit des Klebs-Löffler'schen Bacillus mikroskopisch sowohl, als auch auf dem Wege der Culturen nachzuweisen.

Die klinischen Symptome, wie aus der Beschreibung des Herrn Priv.-Doc. W. N. Nikitin hervorgeht, sprachen sämmtlich für eine fibrinöse Bronchitis. Bei

[4]) Wenn man von dem obencitirten Fall E. Fränkel's absieht, in dem übrigens die fibrinöse Bronchitis durch den Diplococcus und nicht durch den Diphtheriebacillus hervorgerufen war.

[5]) Bretonneau. Des inflammations speciales du tissu muqueus et en particulier de la diphthérie. Paris, 1826.

[6]) Rokitansky, Lehrb. der pathol. Anat. 3. Aufl., Bd. II und III.

[7]) Virchow, Berl. klin. Wochenschr. 1885.

[8]) Klebs. Verhandl. d. Congr. f. innere Medicin. II. Congr. in Wiesbaden 1883.

[9]) Löffler. Mittheil. a. d. kais. Gesundheitsamt, II, 1884, p. 421. Deut. med. W. 1890, № 5—6.

[10]) Babés. Virchow's Archiv 1890; Babés u. Eremia, Ann. de l'Inst. de pathol. et bactériol. de Bucarest. 1890.

[11]) Klein. Proceedings of the Royal Society. 1890.

[12]) Spronk, Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. 1890, I, Nr. 7.

[13]) Escherich, Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde, 1890, VII, Nr. 1.

[14]) Roux et Yersin, Annales de l'Institut Pasteur 1888 u. 1890.

[15]) Fränkel u. Brieger, Berlin. klin. Wochenschrift, 1890, Nr. 1.

[16]) Kolisko und Paltauf, Wiener klin. Wochenschr., 1889, Nr. 8.

[17]) Eugen Fraenkel, Deut. med. Wochenschr., 1892, Nr. 24.

[18]) Concetti, Centralbl. für Bacteriol. und Parasitenk. 1892, XII.

[19]) Baginsky, Deut. med. Wochenschr., 1892, Nr. 8, p. 169.

[20]) Concetti, l. c.

[21]) William Hallock, Medical Record, 1892, II.

[22]) Henry Koplik, The New-York Med. Journal, 1892.

[23]) Eugen Fraenkel, l. c.

[24]) Netter, Klinische Vorträge über infect. Endokarditis von Prof. Jaccond, 1888.



der Section fanden sich allerdings einige Veränderungen — so der acute Milztumor und die parenchymatöse Nephritis, — welche für eine acute Infectionskrankheit sprachen; aber das Fehlen einer Halsdrüsenschwellung und anderer für Diphtherie charakteristischer Erscheinungen, sprach gegen diese letztere. Nach den Untersuchungen früherer Autoren dürfte man annehmen, dass der Fraenkel-Weichselbaum'sche Diplococcus auch im gegebenen Falle die Krankheitsursache gewesen sei. Daher habe ich bei meinen bakteriologischen Untersuchungen von der üblichen Methode der Differenzirung des Diphtheriebacillus auf dem schräg erstarrten Blutserum Abstand genommen und die nach der bekannten Koch'schen Methode angefertigten Plattenculturen angewandt, zu denen ich 5% Fleischwasser-Pepton-Agar benutzte. Später, als aus der ausgeworfenen bronchialen Pseudomembran und dem Safte der entzündeten Lunge auf dem Wege des Plattengiessens Culturen bereits angefertigt waren, bereitete ich aus denselben auf Gläsern auch mikroskopische Praeparate, welche mit Sublimatlösungen von Gentianaviolett und Fuchsin, die von mir und Dr. Nastjukow [25]) zum Färben der Tuberkelbacillen empfohlen sind, gefärbt wurden. Die Praeparate wurden in die Lösung einige Secunden lang (ohne Erwärmung) getaucht, darauf mit Wasser abgespült und unter dem Mikroskop betrachtet. Hierbei war ich erstaunt über die Menge won Stäbchen, welche keulenförmig verdickt an einem Ende und grösstentheils gekrümmt, dem Ansehen nach sehr an den Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus erinnerten. In den aus Pseudomembranen des Larynx, der Trachea und der Bronchien angefertigten Praeparaten erschienen diese Stäbchen in Reincultur, im Safte der entzündeten Lunge aber kamen, wenn auch in geringerer Menge, auch Streptokokken vor.

Bei Besichtigung der Platten (am 2. Tage), auf denen die Cultur aus der bronchialen Pseudomembran angefertigt war, erschienen dieselben mit sehr kleinen, für das unbewaffnete Auge kaum sichtbaren Colonieen besäet. Unter dem Mikroskop (Leitz., Oc. I, Obj. 3) war die Mehrzahl der Colonieen sehr klein, von ovoider oder runder Form, feinkörnig, von dunkel-gelber Farbe, mit glatten Rändern; in geringer Anzahl kamen auch Colonieen von grösserem Umfange, mit unebenen Rändern und grobkörniger Structur vor. Diese grösseren Colonieen befanden sich so dicht bei den angrenzenden kleineren, dass sie mit denselben fast verschmolzen. Die Platten, auf denen Culturen aus der entzündeten Lunge zur Entwickelung gelangt waren, stellten für das unbewaffnete Auge fast dasselbe Bild dar; unter dem Mikroscop aber sah man hier nur die kleineren Colonieen, die mit den obenbeschriebenen vollkommen identisch waren. Mikroskopische Praeparate zeigten, das die kleinen Colonieen den Streptokokken angehörten, die grösseren aber aus leicht gekrümmten Stäbchen bestanden. In Folge des nahen Beisammenliegens dieser letztern Colonieen mit den kleineren, wollte es mir nicht gelingen in den Praeparaten diese Stäbchen in Reincultur zu erhalten, Es kamen im Gegentheil beständig Beimischungen von Streptokokken vor. Mehrere Colonieen jeder Art wurden in glycerinhaltigen Fleischwasser - Pepton - Agar (schräg) und Fleischwasser-Pepton-Bouillon in Probirgläschen ausgesäet, welche darauf in den Brütofen gestellt wurden. Am folgenden Tage bemerkte man in den Probirgläschen mit Fleischwasser - Pepton - Bouillon, wo die kleineren Colonieen ausgesäet waren, längs dem Stichkanal eine Reihe feiner, weisser Körnchen und einen kaum bemerkbaren schleimigen Belag auf der Oberfläche. Dagegen machte sich in den Probirgläsern, wo die grösseren Colonieen gesäet waren, längs dem Stichkanal ein nur sehr schwaches Wachsthum, auf der Oberfläche aber waren sehr feine, stecknadelkopfgrosse, weisslichgelbe Puncte bemerkbar. In Bouillon gaben die kleineren Colonieen einen körnigen Bodensatz im Probirgläschen, die grösseren dagegen — einen Bodensatz und feine Staubtheilchen, welche an den Wänden des Gläschens gleichsam hafteten. Mikroskopische Praeparate zeigten, dass in den mit kleineren Colonieen beschickten Probirgläschen sich Streptokokken in den mit grösseren Colonieen besaeten — Streplokokken und Stäbchen entwickelt hatten. So sehr ich mich auch bemühte letzteres von ersteren durch Ueberimpfen in andere Probirgläschen mit Glycerin-Fleischwasser-Pepton-Agar zu differenziren, — war es vergebens: beständig erhielt ich ein Gemisch von Stäbchen mit Streptokokken. Ich versuchte auch Ueberimpfungen vom glycerinhaltigen Fleischwasser-Pepton-Agar auf Blutserum zu machen, erhielt aber auch hierbei dasselbe Gemisch.

Von der Idee geleitet, dass der Streptococcus sich in der Bouillon am Boden des Reagensglases entwickele, das Stäbchen dagegen, wie soeben gezeigt, in den oberflächlicheren Schichten wachse, entnahm ich daher mit der Platinoese einige Tropfen von der Oberfläche aus dem Probirgläschen, in welchem sich das erwähnte Gemisch befand, und übertrug sie auf das schräg erstarrte Blutserum. Am 2. Tage erschien eine Menge grauweisser runder Plättchen, welche stellenweise mit einander zusammenflossen und einen ziemlich dicken grau-gelben Rasen bildeten. Mikroskopische Praeparate belehrten mich, dass es mir endlich gelungen war eine Reincultur des obenerwähnten Stäbchens zu erhalten. Um mich definitiv davon zu überzeugen und die morphologischen und biologischen Eigenschaften des Stäbchens kennen zu lernen, übertrug ich dasselbe in ein Probirgläschen mit Fleischwasser-Pepton-Bouillon, in welchem am 2. Tage das diesem Stäbchen eigenthümliche Wachsthum beobachtet werden konnte, — ein feiner Staub am Boden und an den Wänden des Gläschens, bei vollkommener Klarheit der Nährflüssigkeit (F.-P.-B.). Bei genauerer Besichtigung mikroskopischer Praeparate ergab sich, dass die isolirten Stäbchen sehr mannigfache Formen besitzen: einige sind an einem Ende verdickt, andere sind von gleichmässiger Dicke, aber leicht gekrümmt, wieder andere sind an den Enden mehr oder weniger, in der Mitte jedoch sehr schwach gefärbt; bisweilen, wenn auch selten, begegneten uns plumpe Stäbchen von ganz unförmlicher Gestalt. Diese morphologischen Eigenthümlichkeiten, sowie auch das charakteristische Wachsthum auf Blutserum und in Fleischwasser-Pepton-Bouillon, machten es sehr wahrscheinlich, dass ich es mit dem Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus zu thun hatte. Um mich dessen völlig zu vergewissern, injicirte ich eine Pravatz'sche Spritze voll Bouilloncultur der Stäbchen (2 Generation: 2 Tage im Brütofen) einem Meerschweinchen rechts unter die Bauchhaut. Nach 24 Stunden ging das Thier zu Grunde und die Section ergab: ein grosses Blutextravasat an der Injectionsstelle, beiderseitiges serös - hämorrhagisches Exsudat und kleinere haemorrhagische Herde in den Lungen, starke Hyperämie der Nebennieren. Dabei waren weder in den Exsudaten, noch in dem Safte der Lungen, noch im Blute des Thieres Bakterien nachweisbar. Der Tod des Thieres, im Zusammenhang mit den charakteristischen Veränderungen (Löffler) in den verschiedensten Organen, überzeugten mich allendlich davon, dass das von mir notirte Stäbchen mit dem Klebs-Löffler'schen Bacillus vollkommen identisch war.

Was den Streptococcus anlangt, so ging derselbe bei mir in der 3. Generation zu Grunde, so dass ich mit demselben keinen einzigen Thierversuch habe anstellen können; allein schon sein morphologisches Verhalten sowohl, als auch sein Wachsthum in der Bouillon und auf

[25]) M. M. Nastjukow und M. I. Pewsner, Wratsch, 1893, Nr. 3.



Fleischwasser-Pepton-Agar sprachen dafür, dass es sich um Streptococcus pyogenes handelte.

Auch hatte ich Schnitte von den fibrinösen Membranen aus der Trachea und den Bronchien angefertigt, in denen es mir gleichfalls gelang, die Anwesenheit einer ansehnlichen Menge von Stäbchen nachzuweisen, die ihrem morphologischen Verhalten nach an den bei Culturversuchen erhaltenen Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus stark erinnerten. Unter den Gruppen von Stäbchen kamen auch Streptokokken, wenn auch in geringerer Menge vor.

Somit hat die bakteriologische Untersuchung unzweifelhaft dargethan, dass die Patientin an Diphtherie zu Grunde ging, welche in einer so seltenen Form auftrat und so wenig sonst für die Krankheit charakteristische Symptome machte, dass man ohne bakteriologische Untersuchung zu diesem Schluss durchaus nicht hätte kommen können. Der Fall beweist noch einmal die Wichtigkeit der Rolle, welche die Bakteriologie bei der Diagnose gewisser Infectionskrankheiten zu spielenberufen ist.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Kroeger: Wer kennt die Wunder seines Ich? Berlin. In Commission der Hirschwald'schen Buchhandlung. 1894.

Es begegnet uns in den baltischen Provinzen nicht häufig, dass Frauen in Fragen der Schule und öffentlichen Erziehung das Wort ergreifen. Und wenn sie nun gar mit dem Vorschlage hervortreten, in der Schule einen Lehrgegenstand einzuführen, von dem wir Angehörige einer ältern Generation noch keine Ahnung hatten zu einer Zeit, da uns Caesar und Horaz schon gute Bekannte waren, so wird ihnen zunächst gewiss mit zweifelnder Zurückhaltung begegnet. Das liegt in der Natur der Sache.

Man urtheile jedoch nicht ohne Prüfung. In der vorliegenden Broschüre wird der Vorschlag gemacht, die Hygiene in fasslicher Form als Lehrgegenstand in das Programm der Mittelschulen und als Studienfach für alle Schüler der Universitäten und polytechnischen Hochschulen einzuführen; selbstverständlich müssten als Grundlage die Anatomie und Physiologie, so weit diese Fächer zum Verständniss der allgemeinen Gesundheitslehre nöthig sind, gleichfalls in den Lehrplan aufgenommen werden.

Durch dieses Mittel würde es gelingen, richtigere Vorstellungen von dem Bau, den Lebensbedingungen und Lebensbedürfnissen des menschlichen Organismus zu popularisiren, und es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass dies der richtige Weg wäre, um in der grossen Masse das bis jetzt mangelnde Verständniss für die Aufgaben und Ziele der Hygiene wachzurufen, und den passiven Widerstand zu brechen, der heut zu Tage allen Forderungen der öffentlichen Wohlfahrt entgegengesetzt wird, mag es sich dabei um grosse Dinge, wie die Bekämpfung der Seuchen, oder um scheinbare Nebensächlichkeiten, wie die Abschaffung des unschönen und ungesunden Corsets handeln.

In unserem Zeitalter der fortschreitenden Naturerkenntniss und des immer schwerer werdenden Kampfes um's Dasein, erschallt der Ruf nach einem kräftigen und gesunden Nachwuchs der heutigen Generation immer lauter; immer eindringlicher tritt die Forderung einer vernünftigen körperlichen Erziehung der Söhne und Töchter an die Mütter derselben heran, und der Forderung, die Ernährung und Speisebereitung so billig und gut als möglich, d. h. nach rationellen Grundsätzen, einzurichten, sollte sich auch heute schon keine Hausfrau entziehen dürfen.

Wir Aerzte werden der Verfasserin in ihren von edler Begeisterung getragenen Bemühungen gewiss unsere volle Anerkennung zollen, um so mehr, als hier eine Frau zu uns spricht, die ihre Sache gründlich versteht und in allen einschlägigen Fragen nicht nur die Literatur vollkommen beherrscht, sondern auch durch persönliche Erkundigungen über den Stand des Unterrichts in der Hygiene in allen Culturstaaten Europas bestens orientirt ist.

Zum Schlusse fasst die geschätzte Verfasserin, der man es bald anmerkt, dass sie als Frau eines Arztes tiefere Blicke in die physischen Lebensbedürfnisse der Menschen gethan hat, als die meisten ihrer Geschlechtsgenossinnen, ihre Forderungen in 10 Punkten zusammen. Hierdurch wird die Discussion des interessanten und hochwichtigen Stoffes sehr erleichtert, und wenn Referent auch der Ansicht ist, dass sich nicht alle Desiderate auf ein Mal und viele sich nicht in der Weise werden durchsetzen lassen, wie es der Verfasserin vorschwebt, so schliesst er sich doch dem Grundgedanken der interessant und lebendig geschriebenen Broschüre rückhaltlos an.

Referent würde sich freuen, wenn diese Zeilen dazu beitragen sollten, dem Büchlein eine weite Verbreitung vor Allem in ärztlichen Kreisen zu verschaffen. D—o.

XXIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Schluss).

4. Sitzungstag.
Sonnabend den 21. April 1894.

1. J. Wolff (Berlin). Weitere Mittheilung zur Operation der angeborenen Gaumenspalte. Demonstrirt einen Kranken der mit lauter Stimme ein Gedicht declamirt. Die Sprache ist sehr gut.

2. Gurlt (Berlin). Berichterstattung über die Sammelforschung zur Narcotisirungs-Statistik.

Bericht über 51,750 Narcosen mit 20 Todesfällen. Am meisten ist Chloroform gebraucht und zwar Chloralchloroform. Als zweckmässigste und verbreitetste Methode der Application hat sich die Tropfmethode der grössten Verbreitung zu erfreuen. Daneben hat aber die Anzahl der Aethernarcosen in Deutschland beträchtlich zugenommen.

Asphyxieen sind beim Chloroform 255 schwerer Art vorgekommen. Einmal Tracheotomie nothwendig. Vielfach Herzmassage angewandt.

Bei 196 Chloroformnarcosen (Schede) 4 mal, bei 56 Aethernarcosen 2 mal Albumin im Harn nachgewiesen.

Todesfälle: auf 1924 Chloroformnarcosen 1 Todesfall.
26,168 Aethernarcosen 1 Todesfall.

Demgegenüber sind als Schattenseiten des Aethers anzuführen: Vermehrte Speichelsecretion die zu Bronchitis und Bronchopneumonie führte. Einige fanden nach der Aethernarcose häufigeres Erbrechen. Die sog. Erstickungsmethode hat sich nicht bewährt.

Discussion. Bardeleben fordert zur Fortsetzung der Sammlung auf.

Grossmann demonstrirt eine von ihm modificirte Aethermaske.

3. Lassar (Berlin). Das Ekzem der Chirurgen, dem namentlich die Hände ausgesetzt sind, soll um nicht stets zu recidiviren, vollständig zur Ausheilung gebracht werden. Er empfiehlt: Theeroel und Spiritus einreiben und nach ½ Stunde abwaschen (vor der Theerung kann man mit Vortheil Naphtholschwefelpasta 10 Minuten lang einwirken lassen). Zur Nacht: Zink-Salicylpasta. L. warnt vor zu scharfer Behandlung.

Discussion: Rotter empfiehlt bei nässendem Ekzem:
Formalin 0,25 — 0,5
Zinc. oxyd.
Talc. aa 25,0
Vaselin 50,0
wonach in 1—3 Tagen Heilung erfolgt.

Bardeleben betont die grosse individuelle Verschiedenheit, die auch bei der Wahl der Mittel besonders in Betracht käme.

4. Schleich (Berlin). Ueber die Verwendbarkeit des Blut-Serums in der Chirurgie (mit Demonstr.)

Um möglichst reizlose Antiseptica herzustellen empfiehlt er Blutserum als Vehikel. Pulver aus reinem getrocknetem und sterilisirtem Serum hergestellt, befördere die Heilung. Doch muss die Wunde rein sein. Auch als Vehikel bei Schmierkuren zu empfehlen.

5. Nasse (Berlin). Ueber Experimente an der Leber und den Gallenwegen. Versuche an Kaninchen a) Die Exstirpation der Gallenblase verursacht keine Störungen. Bei Unterbindung des Ductus choledochus tritt Cirrhose ein. Bei Ausschaltung eines Theiles der Leber durch Unterbindung tritt in dem ausgeschalteten Stück Atrophie ein, während der functionirende Theil hypertrophirt. Bei temporärem Verschluss tritt Regeneration ein.

6. Helferich (Greifswald). Demonstration von Präparaten (natürliche und künstliche Ausgüsse von Hohlorganen). a) Gallenblase, Stein und Corrosionspräparat. b) Grosser Stein aus der Harnblase durch Sectio alta entfernt. Zugleich fand sich ein fingerdicker Ureterstein, der als Divertikelstein imponirte. c) Corrosionspräparat einer Divertikelblase von einem Patienten mit Prostatahypertrophie.

7. Kehr (Halberstadt). Ueber die Entfernung des eingeklemmten Gallensteins aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Ganges.

Bericht über 77 Laparotomieen wegen Erkrankungen der Gallenwege. In 26 Fällen fanden sich Concremente im Ductus



cysticus; in 5 Fällen Excision des Steines aus dem Ductus cysticus. Empfiehlt die Cystotomie gegenüber der Cystectomie. K. hat jede Fistel zur Heilung gebracht, eventuell muss Choledochotomie angeschlossen werden. Stets sollte die Einnähung der Blase in die Bauchdecken vorgenommen werden, weil durch Schwellung des Cysticus Gallenstauung eintreten kann. Der Cystectomie bleiben die Fälle reservirt, wo die Cystotomie nicht ausführbar ist.

8. Grimm (Berlin). Ueber einen Leberabscess und einen Lungenabscess mit Protozoen.

Beobachtete einen Leber- und Lungenabscess (vermuthlich nach Influenza), die Flagellaten enthielten. Später fanden diese sich auch im Auswurf. Pat. genas. Demonstrat. der Präparate.

Nasse demonstrirt Präparate von Amoeben, die er aus dem Darm und der Leber gezüchtet.

9. Wagner (Königshütte). Exstirpation der sarkomatös entarteten Milz, Heilung.

10. Derselbe. Ueber verkalkte retrosternale Strumen.

ad. 9. Breitgestielter Tumor, primäres Milzsarkom. Exstirpation. Heilung.

11. Koerte (Berlin). Beitrag zur Chirurgie des Pankreas.

4 Fälle von Pankreaseiterung und Necrose operirt. 2 davon geheilt. 2 am primären Leiden gestorben. Im subacuten Stadium ist ein Tumor im Epigastrium zu fühlen. Der Eiter wölbt die hintere Wand der Bursa omentalis vor, hat Neigung hier durchzubrechen. oder sich nach unten zu senken. Unumgänglich für die Diagnose ist die Probepunction. Sie ergiebt: starken Fettgehalt, abgestorbene Gewebsfetzen, verseifte Fettklümpchen. Die Probepunction der Bursa omentalis ist nur unmittelbar vor dem operativen Eingriff zu machen. Die Drainage kann man von vorne her machen. In einigen Fällen wird sich der Flankenschnitt empfehlen.

Discussion: Hahn fragt, ob Zucker im Harn nachgewiesen wurde. Körte verneint.

12. Küster (Marburg). Zur operativen Behandlung des Magengeschwüres.

Operirt wegen Magenblutung Grosses Geschwür am Pylorus. Verschorfung. Gastroenterostomie, sehr breite Vereinigung zw. Magen und Jejunum. Beim Erbrechen wird nachträglich noch ein Pflaumenkern entleert. Vollkommene Heilung. K. empfiehlt Pyloroplastik nur bei schon eingetretener Vernarbung. Wo noch Ulcerationen bestehen empfiehlt er die Enteroanastomose.

Discussion: Schuchardt weist auf die Multiplicität der Geschwüre hin, die die Prognose trüben.

13. Koerte (Berlin). Vorstellung eines Kranken mit ausgedehnter Darmresection wegen Darm-Tuberculose, Heilung durch Enteroanastomose.

Mehrfache Operationen waren nöthig, schliesslich Entfernung des ausgeschalteten Stückes mit Einnähung des zu- und abführenden Darmstumpfes.

Discussion: v. Eiselsberg referirt über einen ähnlichen Fall.

14. C. Lauenstein (Hamburg). Ueber eine seltene Form der Darmeinklemmung im Leistenbruch.

Es waren 2 Darmschlingen eingeklemmt und lagen gangränös im Bruchsack. Das zwischenliegende Stück war ebenfalls gangränös und abgeschnürt, lag aber in der Bauchhöhle. Aus ähnlichen Vorgängen erkläre sich wohl die Wahrnehmung, der zufolge bei grangränösen Brüchen zuweilen 4 Lumina gefunden wurden.

15. Schuchardt (Stettin). Die Hysterectomia perinaeo-vaginalis (mit Demonstrationen).

Schnitt am Anus vorbei bis zum Steissbein, der Levatos ani wird zur Seite geschoben, ligament. tuberososacrum wird nicht durchschnitten. Freilegung der Seitenwand der Scheide. Spaltung derselben. Doppelseitiger Schnitt ist nicht erforderlich, da man von einer Seite aus auch Infiltrate der anderen erreichen kann. Beide Ureteren können freigelegt werden. Sch. hat so operirt und empfiehlt die Methode gegenüber der vaginalen.

Discussion: Wölfler berichtet über eine ähnliche Operation wegen eines vom Cervix ausgegangenen. von der Vagina nicht zu erreichenden Tumors. Bei grossen Geschwülsten ist die Operation berechtigt, in uncomplicirten Fällen jedoch nicht wegen möglicher Infection des venösen Plexus.

16. Bogdanik (Biala). Ueber Mastdarmresection wegen Vorfall. Empfiehlt mehrmals unterbrochene Steppnaht zur Vermeidung von Strictur. Am meisten empfehle sich die Rectopexia abdominalis, auf die B. wegen Zeitmangels nicht näher eingeht.

Nachmittagssitzung.

17. Freih. von Eiselsberg (Utrecht). Ueber physiologische Function einer im Sternum zur Entwickelung gekommenen krebsigen Schilddrüsen-Metastase.

E. beschrieb die Krankheitsgeschichte einer Frau, bei der 1866 von Billroth wegen Athmungsbeschwerden der Kropf entfernt worden war. Es entwickelte sich danach langsam das Krankheitsbild der Cachexia strumipriva, das erst zu schwinden begann, als sich auf dem Brustbein eine immer mehr wachsende Geschwulst zeigte. nach deren Entfernung sich heftige Erscheinungen von Starrkrampf (Tetanus) einstellten. Diese Geschwulst erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als eine krebsige Metastase der Schilddrüse, und daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass diese pathologische Geschwulst die Function der Schilddrüse übernommen hatte, und mit ihrem Fortfall kam nach dem Aufhören der Krämpfe wieder die Cachexie zum Ausbruch. v. E. theilte noch mit, dass er einen Fall von spontanem Myxoedem durch Fütterung mit Schilddrüsensubstanz erfolgreich behandelt habe, es ist darnach sogar das Gegenstück dieser Krankheit der Morbus Basedowii zum Ausbruch gekommen, der gewissermaassen eine Vergiftung mit überreichlich vorhandenen Schilddrüsensaft darstellt.

18. Middeldorpf (Hanau). Zur Kenntniss der Knochenmetastasen bei Schilddrüsentumoren.

M. theilte noch einen Fall mit, in dem sich von der Kropfgeschwulst aus multiple Metastasen in den Knochen gebildet hatten.

Es traten an beiden Oberschenkeln und beiden Armen spontan Fracturen ein. Metastasen ausserdem am Hinterhaupt und Kreuzbein.

19. Sonnenburg (Berlin). Fall von acutem Myxoedem (mit Krankenvorstellung).

S. stellt eine Kranke vor, bei welcher das Myxoedem sich ganz acut entwickelt hat im Anschluss an eine nicht einmal vollständige Entfernung einer Kropfgeschwulst, welche durch Druck auf die Luftröhre das Leben gefährdete. Nach Fütterung mit Schilddrüsen-Substanz vom Kalbe sind die Krankheitserscheinungen (Gedunsenheit des Gesichts, Trockenheit der Haut, Ausfallen der Haare, allgemeine Schwäche u. a. m.) zurückgegangen, haben sich aber nach Aussetzen dieser Behandlung wieder eingestellt.

Discussion: Tillmanns (Leipzig) hat bei einem dreijährigen Kinde, bei dem keine Schilddrüse nachweisbar war, Myxoedem beobachtet, das sich nach Schilddrüsenfütterung gebessert hat. Eine zu reichliche Verabreichung der Substanz rief bei dem Kinde leichte Vergiftungserscheinungen hervor.

Wölfler. Zur Vermeidung von Myxoedem sollte man Theile der Drüse zurücklassen.

Um Trachealstenose durch nachträgliche Wucherung zu vermeiden, sollte man das Stück seitlich dislociren.

Sonnenburg hat ein Stück der Drüse zurückgelassen und trotzdem Myxoedem beobachtet.

v. Eiselsberg räth die Schilddrüse in Oblaten zu geben.

20. Ledderhose (Strassburg). Ueber Zerreissung der Plantarfascie.

Als Hauptsymptom der subcutanen Zerreissung der Plantarfascie bei Unterschenkelfracturen machen sich Schmerzen bei Gehversuchen und nachweisbare Schwellung nebst Druckempfindlichkeit in der Mitte der Sohle bemerklich. Therapie: Schutz gegen Druck.

21. Saenger (Crefeldt). Zur Frage der spontanen Heilbarkeit des Krebses beim Menschen.

S. stützt sich ausschliesslich auf die mikroskopische Untersuchung.

Discussion: Gussenbauer: Der Begriff des Carcinoms ist in erster Linie ein klinischer; wo die klinischen Erscheinungen nicht stimmen, kann man auch nicht Carcinom diagnosticiren.

22. Haeckel (Jena) Eine Cyste des Ductus thyreoglossus (mit Demonstration).

Casuistische Mittheilung. Führt die Entstehung auf Störungen in der embryonalen Entwickelung zurück (Bochdaleck'sche Schläuche).

23. Staffel (Chemnitz). Zur Kenntniss der Osteochondritis dissecans (Dem. e. Präp.)

Resection des erkrankten Gelenkkopfes. Glatter Verlauf.

24. Tillmanns (Leipzig). Ueber Craniectomie bei Mikrocephalie.

T. hält diese Operation nur da für berechtigt, wo die Ursache der Mikrocephalie in einer nachweisbaren vorzeitigen Verknöcherung der Schädelnähte liegt. und er hat die Operation in diesem Falle zweimal mit Erfolg gemacht. Zur Technik empfiehlt T. Bildung eines Hautlappens. um die Knochenwunde zu decken.

25. Wohlgemuth (Berlin). Demonstration einer Trachealcanüle.

Saarfeld (Berlin) beansprucht die Priorität der Erfindung.

26. Grimm (Berlin). Beobachtung über Osteomyelitis non purulenta (sero-mucosa).

27. Wolff (Berlin). Giebt eine Statistik seiner Gaumenspalten-Operationen und empfiehlt auf Grund derselben die Frühoperation.



Discussion: Küster wendet sich auf Grund der Wolff'schen Statistik gegen die Frühoperation.

28. Sonnenburg constatirt, dass sein Assistent Saarfeld schon vor einiger Zeit eine der Wohlgemuthschen entsprechende Canüle construirt habe. Beide seien nicht zu empfehlen.

Wohlgemuth widerspricht.

Schluss des Congresses.

Zum Praeses für den nächsten Congress ist, nachdem eine Stichwahl zwischen Gussenbauer und Bruns nothwendig wurde, Gussenbauer erwählt*).

Zoege.

Rückblicke auf den XI. internationalen medicinischen Congress in Rom**).

Wenn wir erst so spät über diesen Congress kurz berichten wollen, so liegt der Grund hierfür nicht nur in äusseren Umständen, wie Anhäufung der während unserer Reise liegen gebliebenen Arbeit, sondern auch besonders darin, dass wir uns nicht etwa von dem ersten Eindruck der vielfachen Erlebnisse leiten lassen, sondern erst dann ein Bild des Ganzen entwerfen wollten, nachdem die verschiedenen Eindrücke sich gesichtet und geklärt hätten. Auf diese Weise hoffen wir die Objectivität unseres Urtheils gewahrt zu haben. Andererseits ist ja Alles was wir Aerzte Russlands auf dem Congress in Rom gesehen, gehört und erlebt haben, für uns von besonderer Wichtigkeit, da die Wahl des Ortes für den XII. internationalen medicinischen Congress bekanntlich auf Russland gefallen und es stets leichter ist etwas zu kritisiren, als es besser zu machen.

Nachdem der Termin des Congresses, in Folge der Choleraepidemie in verschiedenen Ländern, vom Herbst 1893 auf den März 1894 verschoben war, fand die Eröffnung desselben bekanntlich am 17./29. März statt und hatten sich trotz der für den Arzt und akademischen Lehrer (wenigstens in Russland) äusserst ungünstigen Zeit ca. 6000 Theilnehmer im «ewigen Rom» eingefunden, — jedenfalls viel mehr, als das Organisations-Comité erwartet hatte, und daraus erklären sich viele Missstände. Die Erwartungen der Theilnehmer waren hoch gespannt und das Programm war in der That sehr verlockend. Dem entsprechend ist wohl auch bei den Meisten die Enttäuschung eine grosse gewesen, denn man hatte mehr versprochen, als man zu halten im Stande war.

Ueber das Organisations-Comité eines grossen Congresses wird stets geklagt, oft unberechtigter, oft aber leider auch berechtigter Weise. Man muss aber doch auch berücksichtigen, dass ein solches Comité eine unendlich schwere Aufgabe hat, welche viel Zeit und ungewöhnliches Organisationstalent erheischt, und dass nicht ein jeder bedeutende Vertreter der Wissenschaft auch ein guter Organisator ist.

Bevor wir zu einigen kritischen Bemerkungen schreiten, wollen wir erst kurz über den Verlauf des Congresses berichten.

Am 16./28. März in Rom angelangt, stiessen wir auf die erste Schwierigkeit, als wir uns an das Wohnungs-Comité wandten. In den Hôtels, hiess es, erhielte man keine Zimmer mehr; es wurden — nachdem man für 5—7 Tage voraus bezahlt, und zwar an die Casse des Wohnungs-Comité, — Zettel für Zimmer in Privat-Wohnungen, meist mehr als zweifelhaften Charakters, was Reinlichkeit und Comfort bescheidenster Art betrifft, ausgetheilt.

Am Abend desselben Tages fand die sogen. «Begrüssung der Mitglieder» statt, — eine ganz unzweckmässige Einrichtung; denn man stiess sich im Gedränge eine halbe Stunde in den Räumen der Ausstellung herum und ging dann unbefriedigt nach Hause.

Am 17./29. März feierliche Eröffnung im Theater Constanza in Gegenwart des Königs und der Königin.

Auf der Bühne war für die hohen Herrschaften ein Thron errichtet und zu beiden Seiten desselben Plätze für die Minister, das diplomatische Corps und die Delegirten der verschiedenen medicinischen Institutionen aller Herren Länder reservirt, jedoch zu wenig, denn sehr würdige Vertreter konnten wegen Raummangels nicht mehr hineingelassen werden. Die übrigen Vertreter unseres Standes füllten dicht gedrängt, mit ihren Damen, die ja eigentlich dabei nichts zu thun hatten, das Theater bis zum «Paradiese» hinauf, so dass mehr als die Hälfte wohl die Eröffnung gesehen, aber von den Reden nichts gehört hat. Ref. gehörte zu den Glücklichen, die einen Platz in nächster Nähe des Thrones einnahmen, doch auch da ging ein Theil der Reden verloren, weil zu leise geredet wurde. Als Erster trat der Minister Crispi auf und hielt eine feurige Rede, in welcher er betonte, wie Italien sich freue, so viele illustre medicinische Capacitäten zu begrüssen, und den Congress als ein Fest des Frie'ens feierte. Alsdann begrüsste die Mitglieder des Congresses Fürst Ruospoli, der Syndicus von Rom, im Namen der Stadt in einer wahrhaft ciceronischen Rede. Nun trat Baccelli, Professor und Minister zugleich, vor und sprach in schönem Latein, worauf Prof. Virchow in einer italienischen Rede als Vertreter des X. Congresses antwortete und proponirte, Baccelli zum Präsidenten zu wählen. Hierauf folgten die Begrüssungsreden der Vertreter der verschiedenen Länder, in alphabetischer Ordnung.

Dieselben dauerten etwa 1½ Stunden, und waren an den König gerichtet, der sie stehend anhörte. Hervorragend war durch ihre Eloquenz die italienisch gehaltene Rede des Vertreters Hollands, des Prof. Stokvis; desgleichen zeichnete sich Holmgrèn, als Vertreter Schweden's aus. Als Vertreter Russlands hielt Prof. Sklifassowski eine französische Ansprache. Nach Schluss der Reden wurden die Delegirten dem Könige vorgestellt und damit hatte die Feier ihr Ende erreicht. Vermisst wurde ein Orchester, welches jedenfalls zur Erhöhung des festlichen Eindruckes beigetragen hätte.

Nachmittags fand die Constituirung der Sectionen im Gebäude der neuen «Poliklinik» statt. Leider war dieses jedenfalls grossartig angelegte Gebäude noch nicht ganz fertig, so dass wir trotz der warmen Tage, in den Zimmern mit frisch mit Stuck beworfenen Wänden, so nasskühle Luft hatten, dass man im Paletot sitzen musste, worin uns übrigens die Einführenden der Sectionen mit gutem Beispiel vorangingen. In der «Poliklinik» hatte auch das Organisations Comité sein Bureau und waren die Post und das Auskunfts-Bureau untergebracht, anfangs jedoch so mangelhaft organisirt, dass im Post-Bureau nur 2 Personen thätig waren, während Hunderte sich an den Schalter drängten, um ihre Briefe zu erhalten; später wurde es jedoch in ein grösseres Zimmer übergeführt und mehr Personal angestellt.

Am 18./30. März begannen die Sections-Sitzungen. Diese waren nun wieder sehr verschieden. Wer da glaubte, dass er viel auf diesen Sitzungen lernen werde oder gar ernste resultatreiche Discussionen erwartete, der war natürlich sehr enttäuscht. Wenn schon auf kleinen Congressen ein Vortrag den anderen «hetzt», so ist das auf den internationalen, natürlich, noch ganz besonders der Fall. Jeder will reden, will seinen Vortrag gehalten haben, aber die Meisten wollen gar nicht die Vorträge der Anderen hören, das ist so der allgemeine Eindruck. Und nun kam noch der grosse Uebelstand hinzu, dass die meisten das Italienische nicht verstanden. Ref. ist einer der Wenigen, der alle Sitzungen seiner Section besucht hat und daher constatiren kann, dass in der dermatologischen Section auch nicht ein einziger Italiener anders als italienisch geredet hat, während so Mancher auch französisch oder deutsch genügend verstand, um diese Sprachen zum Vortrag zu benutzen. Einige angereiste Collegen glaubten die Italiener dadurch zu ehren, dass sie auch ihre Vorträge «italienisch» hielten, namentlich die Herren aus Oesterreich. Was werden die Herren denn sagen, wenn man auf dem XII. Congress in Moskau 50% der Vorträge in russischer Sprache halten sollte? Dieser Uebelstand könnte beseitigt werden, wenn auf internationalen Congressen die Schlussfolgerungen eines jeden Vortrages in den 3 Congress-Sprachen (französisch, deutsch und englisch) gedruckt vertheilt würden.

Am ersten Tage waren die Sitzungen stark besucht, dann aber nahm die Zahl der Anwesenden rapide ab. Zudem war noch der grosse Uebelstand vorhanden, dass man nie am Tage vorher wusste, welche Vorträge gehalten würden; das Programm erschien in dem «Giornale ufficiale» immer erst am Morgen, dazu kommt die befremdende, wohl noch bisher auf keinem Congress geübte Einrichtung, dass man sich das «Tageblatt» auf der Strasse, wo es mit vielem Geschrei ausgeboten wurde, kaufen musste. Ferner wurden zu jeder Sections-Sitzung 25—91 (sage: einundneunzig!) Vorträge auf das Programm gesetzt, oft solche, die vor 1 Jahr angemeldet waren, während die betreffenden Herren garnicht einmal nach Rom gekommen waren. Selbst die anwesenden Vortragenden wussten nicht vorher, wann sie zu Worte kommen würden. Mancher erhielt auf Anfrage die angenehme Antwort, z. B., in der gynäkologischen Section: «Ihr Vortrag war gestern an der Reihe, jetzt ist das Thema vorüber.» Gerade der römische Congress hat so recht bewiesen, dass der gebräuchliche Modus der Arbeit unhaltbar ist. Es dürften eigentlich nur Demonstrationen und vorher druckfertig gemachte und auf der Sitzung zur Vertheilung kommende Vorträge zur Besprechung kommen; nur dann hätte man auch etwas Wissenschaft auf den Sitzungen.

---

*) Da ich verhindert war dem letzten Sitzungstage beizuwohnen, hatte Dr. Engelmann die Liebenswürdigkeit, mir seine Notizen zur Verfügung zu stellen. Ref.

**) Wir meinen diesen, uns erst jetzt zugegangenen rückschauenden Bericht unsern Lesern nicht vorenthalten zu sollen, da, wie der geehrte Berichterstatter bemerkt, die in Rom gemachten Erfahrungen für die Organisation des nächsten, bei uns in Russland tagenden Congresses vielleicht von Nutzen sein können. D. Red.

Wenn man nun fragt, welche wissenschaftliche Ausbeute die Mitglieder des Congresses nach Hause gebracht, so ist schwer darauf zu antworten. Wenn wir von den italienischen Arbeiten absehen, von denen wohl nur die italienischen Collegen etwas gehabt haben können, so müssen wir zugeben, dass gewiss sehr viele interessante Vorträge gehalten wurden; man wird aber erst definitiv darüber urtheilen können, wenn der Bericht des Congresses erschienen ist.

Die so verlockend angekündeten Feste im Capitol und in den Caracalla-Thermen, sowie die elektrisch-bengalische Beleuchtung des antiken Rom's, brachten die Unbequemlichkeit mit sich, dass man stundenlang im Bureau, welches förmlich gestürmt wurde, warten musste, bis man die Eintrittskarten erhielt. Und als man endlich zu den Festen kam, gab es ein derartiges Gedränge, waren dort eine solche Menge von Nichtärzten, dass man gern auf die gebotenen Herrlichkeiten verzichtete, um nur schnell wieder heim zu kehren. Ueberhaupt fiel es auf, dass selbst zu der «Garden party» im herrlichen Garten des königlichen Quirinal, mehr Nichtärzte als Congress-Mitglieder eingeladen waren, unter Letzteren prävalirten wieder die italienischen Collegen.

Eines ferneren Missstandes müssen wir noch erwähnen. Es scheint doch selbstverständlich, dass Viele von uns sich gern mit den Kliniken und Hospitälern bekannt machen wollten. Dafür war aber wenig gesorgt, ausgenommen in der Militär-Sanitäts-Section. In der That scheint auch das Militär-Hospital (Steinpavillons, zweistöckig, durch hängende Brücken verbunden) das beste Hospital Rom's zu sein. Die Kliniken sind freilich vorläufig wenig sehenswerth, hätten aber doch schon ihres Inhaltes wegen gezeigt werden sollen. Aber auch in den anderen Städten, wie z. B., Neapel, Florenz und Venedig war man auf den Besuch der angereisten Collegen nicht vorbereitet.

Wenn wir nun auch viel, sehr viel an der Organisation des Congresses rügen müssen, und auch in den Journalen der verschiedensten Länder immer wieder auf dieselben Klagen stossen, dass die Organisation Alles zu wünschen übrig liess, so muss doch auch billiger Weise hervorgehoben werden, dass die italienischen Professoren nach Möglichkeit von sich aus versuchten die angereisten Collegen, wenigstens die Präsidenten der Sectionen, gut aufzunehmen. Die von einigen Tagesblättern gebrachte Nachricht, man hätte die Collegen aus Russland zu wenig beachtet, ist eine durchaus falsche: darin herrschte völlige Gleichheit. Die Collegen thaten, was sie konnten, die Bevölkerung hat uns jedoch, ohne Unterschied, nach Möglichkeit auszubeuten versucht, und ist ihr das auch meist gelungen, namentlich den Droschkenkutschern, da die Poliklinik ausserhalb der Stadtgrenze, hinter der Porta pia liegt und bis dorthin keine Taxe gilt.

Wenn man nun zum Schlusse fragt, ob es sich denn gelohnt hat nach Rom zu gehen, so werden doch Alle gewiss mit «ja» antworten, namentlich die Collegen aus Russland; denn man hat es kennen gelernt, wie man einen internationalen Congress n i c h t zu organisiren hat, und man bringt das beruhigende Gefühl mit: schlechter wird es wenigstens auf dem XII. Congress nicht sein. Ferner hat man den Eindruck, dass man in Russland gegenüber anderen Ländern in Beziehung der Kliniken und Hospitälern doch nicht zurückgeblieben, ja in mancher Beziehung sogar vorgeschritten ist; man wird den Mitgliedern des XII. Congresses doch manches Interessante bieten können. Ferner hat Jeder aber eine kürzere oder längere Zeit in der schönen Natur Italiens geschwelgt und die herrlichen Alterthümer, die wundervollen Kunstwerke aus der Zeit der Glanzperiode dieses Landes kennen gelernt. Somit war der XI. internationale medicinische Congress jedenfalls lehrreich und genussreich und ist so manches wissenschaftliche Band geknüpft, wodurch man in Zukunft auch für sich und Andere wissenschaftliche Erfolge gesichert hat. O. Petersen.

Zuschriften an die Redaction.

I.

VIII. Internationaler Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

Vom 1. bis 9. September 1894.

Unter dem Allerhöchsten Protectorate Sr. K. und K. apost. Majestät.

Sehr geehrte Redaction!

Ich beehre mich hiemit Sie höflichst zu ersuchen, den folgenden Zeilen in der nächsten Nummer Ihres geschätzten Blattes gütigst Raum geben zu wollen:

Die Vorarbeiten des VIII. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie werden bald beendet. Der bisherige Erfolg der Vorbereitung übertrifft jede diesbezügliche Hoffnung und wird der Congress nicht nur ein würdiger Nachfolger seiner Vorgänger sein, sondern wahrscheinlicherweise in mehreren Beziehungen auch noch besser gelingen; es ist dies durch die rege Teilnahme gesichert, welche sich in allen Gegenden der Welt für den Congress äussert. Dieser allein ist es zu verdanken, dass bis heute in der hygienischen Gruppe 593, in der demographischen Gruppe 132, somit zusammen 725 Vorträge angemeldet wurden. Ausserdem meldeten ihre Vertreter beim Congresse 26 Regierungen mit 92 officiellen Vertretern, 91 Behörden mit 163 Vertretern, 41 Universitäten mit 65 Vertretern und endlich 132 Gesellschaften und Vereine mit 300 Vertretern an, so, dass bis zur Zeit 290 officielle Vertretungen mit 620 Delegirten angemeldet sind.

So z. B. sind Vertretungen angemeldet von: der Argentinischen Regierung, der Regierung der Vereinigten Staaten von Nordamerika, der japanischen Regierung, dem Staate Michigan und der Colonie des Cap der Guten Hoffnung. Von den Städten werden auch Alexandrien, Burma, Howrah, Rangoon und Mexico vertreten sein, weiter schicken Delegirte «Columbia-College» zu New-York und die Universität zu Michigan. Ebenso meldete auch die geographische und statistische Gesellschaft zu Mexico ihre Vertreter an.

Der ganze Congress gewinnt ein besonderes Interesse durch die Ausstellung und namentlich durch jenen Teil derselben, welcher die Assanirung der grossen Städte aufzuweisen haben wird, und haben schon mehrere grosse Städte, wie Berlin, Hamburg, Brünn, Paris, Montpellier, Venedig, Odessa, Alexandrien, St. Louis Potosi ihre Teilnahme angemeldet.

Von den Vorträgen der allgemeinen Sitzungen sind folgende zu erwähnen:

1) Geh. Med. Rath Prof. Dr. E. L e y d e n (Berlin): Ueber die Fürsorge der grossen Städte für die Schwindsüchtigen.

2) Prof. Dr. G e o r g v. M a y r (Strassburg) Statistik und Gesellschaftslehre.

3) Baurath & Civ. Ingenieur H e r z b e r g (Berlin): Die Aufgaben des Ingenieurs in der Hygiene.

4) Prof. E. L e v a s s e u r (Paris): Histoire de la Démographie.

5) Prof. Dr. F. E r i s m a n n (Moskau): Der Kampf mit dem Tode.

6) Dr. E r n e s t H a r t (London): Protection against cholera in the Orient and the hypothesis of its epidemic diffusion; the propagation of cholera by river communication and by long railway lines; the direct connection between the propagation of cholera and of typhoid fever by water, milk and food; together with the proved connections between the suppression of cholera and of typhoid fever and the improvements in the system of drainage etc.

7) Prof. Dr. C. L o m b r o s o (Turin): Le Criminel.

Mit der Ausfolgung der auf Grund der Fahrpreisermässigungen zusammengestellten Fahrkarten wurde die internationale Schlafwagen- und europäische - Expresszüge - Gesellschaft betraut. Diese Ermässigungen können jedoch nur gegen Aufweisung der Mitgliedskarte genossen werden. Das Executiv-Comité versendet eben jetzt die zweite Ausgabe der Einladung, welche detaillirte Aufklärungen enthält, und werden in derselben die Teilnehmer ersucht, ihre Mitgliedsbeiträge bis 10. A u g u s t an das General-Secretariat (Budapest, Rochus-Spital) einsenden zu wollen, da das Executiv-Comité sonst für die Bezüge der sich später meldenden Mitglieder überhaupt nicht haftet.

Mit vorzüglicher Hochachtung
der löblichen Redaction ergebenst

Budapest, den 10. Juli 1894. Prof. Dr. C o l o m a n M ü l l e r.
General-Secretär.

II.

Congrès français de Médecine interne.
Première Session — Lyon 1894.

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.



Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et, de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Pour le Comité d'organisation: Le Président Gailleton, maire de Lyon, professeur à la Faculté de Médecine. Les Vice-présidents Mayet et Soulier, professeurs à la Faculté de Médecine. Le Secrétaire général Bard, agrégé, médicin des hôpitaux, rue de la République, 30. Le Trésorier Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, rue St-Dominique, 14. Les Secrétaires Devic, agrégé, médecin des hôpitaux. Pic, médecin des hôpitaux. Collet, interne des hôpitaux.

Vermischtes.

— Prof. emer. Dr. A. J. Schtscherbakow in Kasan ist nach Ausdienung von 30 Jahren auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden. Da vor Kurzem der Privatdocent Dr. A. Panormow ebenfalls zum ausserordentlichen Professor der physiologischen Chemie der Kasanschen Universität ernannt wurde, so werden also zwei Professoren in Kasan physiologische Chemie vortragen.

— Verstorben: 1) In Moskau der Fabrikarzt D. P. Naidenow im Alter von 33 Jahren an Nierenkrebs. Die von Prof. Snegirow an ihm ausgeführte Operation kam zu spät. Der Verstorbene war nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität Ordinator an der chirurgischen Klinik; später wurde er Arzt am Handwerkerasyl und einer Fabrik. 2) In Pawlowsk P. J. Baikow im 52 Lebensjahre; der Hingeschiedene war früher längere Zeit Stadtarzt in Zarizyn. 3) In Gorbatow am 25. Juni der dortige Kreisarzt A. G. Fialkowski im 57. Lebensjahre. Nach Erlangung des Arztgrades an der Kasanschen Universität, war F. viele Jahre Stadtarzt in Nishni-Nowgorod und nahm erst vor Kurzem die Kreisarztstelle in Gorbatow an, da hier der Dienst ein leichterer war.

— Die Society of Arts hat Sir Joseph Lister die Albert-Medaille verliehen, für die Entdeckung und Einführung der antiseptischen Methode der Wundbehandlung, durch welche nicht nur die chirurgische Kunst ausserordentlich gefördert ist und viele Menschenleben gerettet, sondern auch ausgedehnte Industrien zur Beschaffung des erforderlichen Materials entstanden sind. (A. m. C.-Ztg.)

— In Königsberg sind wie der «Ztg. für Stadt und Land» mitgetheilt wird, in letzter Zeit zwei Mediciner, welche den grössten Theil ihrer Studien an der Dorpater Universität absolvirt haben, nach Vertheidigung ihrer Dissertationen zu Doctoren der Medicin promovirt. Es sind: der praktische Arzt Paul Hollander aus Riga, Sohn des weiland Dr. Gustav Hollander, und der praktische Arzt Otto Treymann. Dr. P. Hollender ist gegenwärtig Assistent am anatomischen Institut der Königsberger Universität, während Dr. O. Treymann eine Anstellung als Assistent am städtischen Krankenhause zu Frankfurt an der Oder gefunden hat.

— Dr. Joh. Friedrich Hach, welcher seit 1877 in Riga als praktischer Arzt thätig ist, eröffnet in nächster Zeit daselbst eine private geburtshülfliche und gynäkologische Heilanstalt. Die Statuten derselben sind bereits vom Minister des Innern bestätigt worden.

— Zum Gehülfen des Estländischen Gouvernements-Medicinalinspectors ist Dr. P. Kandidow ernannt worden.

— Der bekante Ophthalmologe, Professor Dr. Leber, Director der Universitäts-Augenklinik in Heidelberg, beging am 9/21. Juli sein 25 jähriges Doctorjubiläum.

— Der Privatdocent und I. Assistent an der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Dr. Rob. Sommer ist als ordentlicher Professeor der Psychiatrie nach Innsbruck berufen worden.

— Die städtische Hospitalcommission hat eine energische Thätigkeit entwickelt, um freie Betten in den Hospitälern für Cholerakranke zu beschaffen. Sie hat es in kurzer Zeit zu Wege gebracht, dass auch bei einer Zunahme der glücklicher Weise schwächer werdenden Epidemie genügend viel Platz in den Hospitälern sein wird. So sind im Obuchowhospital gegenwärtig gegen 200 freie Betten vorhanden, welche von Cholerakranken eingenommen werden können. Auch in den übrigen Hospitälern ist Platz für Cholerakranke geschafft worden. Die chronischen Kranken sind zum grossen Theil in das neue Hospital im früheren Transportgefängniss übergeführt worden, so dass sich gegenwärtig bereits 190 Kranke dort befinden. Für das neue Hospital soll vorläufig keine besondere Verwaltung geschaffen werden, sondern dasselbe als eine Filiale des Alexanderhospitals zum Andenken an den 19. Februar 1861 betrachtet werden. Die Leitung des Hospitals ist daher dem Oberarzt des Alexanderhospitals übertragen worden und werden an demselben 3 Ordinatoren, 1 Feldscher, 1 Feldscherin, 1 Wirtschafterin und 20 Personen vom niederen Dienstpersonal angestellt.

— In St. Petersburg sind neuerdings ärztliche Marktinspectoren angestellt worden, welchen die Beaufsichtigung der namentlich mit Lebensmitteln handelnden Geschäfte und Märkte in sanitärer Beziehung übertragen ist.

— In Hongkong sind an der Pest, welche dort jetzt in Abnahme begriffen ist, drei japanesische Aerzte erkrankt, von denen einer gestorben ist.

— Im Auftrage der militär-medicinischen Academie beschäftigt sich der Doctorand Sachar-Bekow gegenwärtig mit bakterioskopischen Untersuchungen der Marktmilch und Impfversuchen mit der Milch an Thieren. Diese Arbeiten bilden eine Ergänzung zu den chemischen Untersuchungen der Milch, welche von der städtischen Sanitätscommission ausgeführt werden. Wie die «Russkaja Shisn» erfährt, hat Sachar-Bekow gleich bei den ersten Untersuchungen Typhus- und Tuberkel-Bacillen in der Marktmilch gefunden. Bei subcutaner Injection dieser Milch Kaninchen und weissen Mäusen, sind einige dieser Thiere zu Grunde gegangen.

— Bei dem städtischen analytischen Laboratorium wird von der städtischen Sanitätscommission in nächster Zeit eine bakteriologische Abtheilung eingerichtet werden. Die Leitung dieser Abtheilung ist dem Prosector des städtischen Alexanderhospitals Dr. Eugen Pastor übertragen worden, welcher eine Remuneration von 200 Rbl. monatlich erhält. Für seine beiden Gehülfen (Bakteriologen) sind je 100 R. und für die 7 Chemiker des Laboratoriums ebenfalls je 100 Rbl. monatlich ausgesetzt.

— Von der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist ein Concurs und Preis für die beste Methode zur Wahrung der Gesundheit von Arbeitern, welche in Fabriken mit starken Säuren und giftigen Stoffen beschäftigt sind, ausgeschrieben. Es sind drei Prämien von 500, 250 und 100 Rbl. ausgesetzt. An dem Wettbewerbe können sich sowohl Mediciner als Chemiker und Techniker betheiligen.

— Aus einer Eingabe der Dumaärzte an die städtische Sanitätscommission ist ersichtlich, dass viele derselben gegenwärtig ihre Arbeit nicht bewältigen können, trotzdem sie den ganzen Tag und einen grossen Theil der Nacht arbeiten: 28 Visiten am Tage und ein Ambulanz-Empfang von 120 Kranke ist bei der gegenwärtigen Thätigkeit der Dumaärzte keine seltene Erscheinung. In Anbetracht dieses Umstandes sind auf Vorschlag des Präses der städt. Sanitätscommission vieren der am meisten beschäftigten Dumaärzte — im Roshdestwenski-, im Petersburger-, im Spasski- und im Kasanschen Stadttheil Gehülfen beigegeben worden. Da die auswärtigen Krankenbesuche bedeutende Unkosten verursachen, so beschloss die Sanitätscommission, sämmtlichen Dumaärzten und deren Gehülfen Fahrgelder in der Höhe der Monatsgage anzuweisen.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg weist fortgesetzt eine erfreuliche Abnahme auf. Am 25. Juli war die Zahl der Neuerkrankungen bereits auf 16 und die der Todesfälle auf 9 (in 24 Stunden) gesunken. Es trat jedoch an den beiden nächstfolgenden Tagen wiederum eine Zunahme (32 resp. 22 Erkrankungen und 17 resp. 14 Todesfälle) ein, die wohl darin ihre Erklärung findet, dass der kleine Handwerker und Arbeiter, der durch das Verbot des Getränkehandels an Sonn- und Feiertagen zur Enthaltsamkeit genöthigt ist, am nächstfolgenden Tage sich dafür zu entschädigen sucht. Zur Illustration der rapiden Abnahme der Epidemie führen wir noch an, dass der Gesammtbestand der Cholerakranken in den Hospitälern St. Petersburgs, welcher in den Tagen vom 6—12. Juli stets über 800 Kranke (am 8 Juli sogar 885) betrug, am 27. Juli bereits auf 211 Kranke sank. Im Gouvernement St. Petersburg sind nach dem officiellen Cholerabülletin vom 10.—16. Juli 426 Erkrankungen mit 128 Todesfällen constatirt worden, im Gouv. Kielce 414, resp. 180, im Gouv. Warschau 394, resp. 212, in der Stadt Warschau 159, resp. 83, im Gouv. Radom 385 resp. 188 und im Gouv. Plozk 276, resp. 153. In den übrigen Gouvernements, welche von der Seuche heimgesucht sind, ist die Zahl der Erkrankungen keine so erhebliche.

In Berlin ist bei einer Frau, welche am 6/18. Juli von einem längeren Besuche aus St. Petersburg heimkehrte, die

Cholera festgestellt worden. Die Kranke befindet sich übrigens, wie wir von den hiesigen Verwandten derselben erfahren haben, bereits in der Besserung. Auf einem Lübecker Dampfer, der von St. Petersburg nach Lübeck fuhr, ist am 4/16. Juli der Schiffskoch auf der See an der Cholera gestorben. Sonst sind im deutschen Reich noch Choleraerkrankungen nur im Weichselgebiet bei Schiffern, Flössern, Fischern und Arbeitern vorgekommen. In Galizien hat die Cholera erheblich zugenommen; in Belginn sind vereinzelte Choleraerkrankungen in verschiedenen Orten vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Juli d. J. 5899 (370 weniger als in der Vorwoche), darunter 307 Typhus — (8 weniger), 671 Syphilis — (1 weniger), 52 Scharlach — (6 mehr), 12 Diphtherie — (9 weniger), 37 Masern — (2 mehr), 14 Pocken- — (2 mehr) und 278 Cholerakranke (310 weniger).

Vacanzen.

1) Im Kreise Bugulma (Gouv. Ssamara) sind mehrere Landschaftsarztstellen erledigt. Gehalt 1200 Rbl. jährl. und 100 Rbl. Quartiergeld. Adresse: «Бугульминская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Korotojak (Gouv. Woronesh). Gehalt im ersten Jahre 1100 R. und in den folgenden drei Jahren eine Zulage von je 100 Rbl. Adresse: «Коротоякская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. Juli 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
466	365	831	162	61	134	20	9	35	88	94	91	52	45	29	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 14, Scharlach 5, Diphtherie 11, Croup 1, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 259, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 152, Todtgeborene 28.

Berichtigung. Auf Seite 272 (№ 29) Zeile 38 und 42 von oben (links) soll es heissen: das Tuber ischii, auf S. 273 Zeile 4 von oben (rechts): Nicoladoni. d. Red.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскiй пр., 32/34, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Солянова пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Дозв. ценз. Спб. 30 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 6. (18.) August 1894

Ueber die Behandlung des Rheumatismus.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 10. Mai 1894.

Von

Dr. E. Moritz.

M. H.! Ich erbitte mir diesmal Ihre Aufmerksamkeit für einen Gegenstand, welcher wohl einem jeden Praktiker sehr vertraut ist, — die Behandlung des Rheumatismus, speciell des acuten.

Obgleich seit der Entdeckung der antirheumatischen Wirksamkeit der Salicylate in dieser Sache ein grosser Schritt, sagen wir sogar ein Sprung, vorwärts gethan ist, und der acute Gelenk-Rheumatismus viel von seinen Schrecken verloren hat, so giebt es doch noch nicht wenig Fälle, in welchen die einfache Salicyl-Behandlung (resp. die analogen Mittel Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Salipyrin u. s. w.) nicht ohne Weiteres rasch zum Ziele führt. Das ist uns ja Allen bekannt. In diesen Tagen habe ich wieder von Fällen gehört, in welchen die Patienten viele Wochen von Schmerzen gequält bettlägerig gewesen sind und endlich mit oder ohne Herzfehler langsam convalescirten, um dann in Nauheim, Arensburg, oder einem andern Badeorte ihre definitive Genesung zu suchen. Dies ist die nächste Veranlassung zu meiner gegenwärtigen Mittheilung; ich glaube nämlich, dass viele dieser qualvollen und nicht ungefährlichen Krankheitsfälle abgekürzt, resp. rascherer Genesung zugeführt worden wären, wenn die Methode der Rheumatismus-Behandlung, wie ich sie seit Jahren übe, allgemeiner wäre. Ich bezweifle nicht, dass sehr viele Aerzte, gleich mir, zu einer ebensolchen Combination heilkräftiger Factoren gelangt sein mögen, doch ist dieselbe hier in St. Petersburg wenigstens, nicht genügend Allgemeingut.

Unter den 200 Fällen von Rheumatismus, welche der 10 jährige Bericht des Alex. Hosp. aufweist, sind mindestens 40—50 acute febrile; in allen diesen, sowie in fast allen übrigen Fällen auch, habe ich die sogleich mitzutheilende Behandlung geübt und ausserdem recht oft in der Privat-Praxis. Es ist mir bei derselben überhaupt gar nicht vorgekommen, dass die Patienten länger als 2—3 Tage in der qualvollen Unbeweglichkeit, mit welcher sie eintraten, verblieben wären; es ist ausnahmslos gelungen, dieselben in einigen Tagen mehr oder weniger beweglich zu machen, fast alle konnten ihr Bett nach 3—5 Tagen zeitweilig verlassen. Scheinbare Ausnahmen bilden nur die Fälle schwerer anderweiter Infection, von denen ich später reden werde.

Ehe ich auf die Hauptsache übergehe, möchte ich erzählen, wie ich selbst zu der gegenwärtig geübten Behandlung gekommen bin. Es war etwa vor 20 Jahren, vor der Salicylzeit. als eine c. 40-jährige, ziemlich fette, im Uebrigen gesunde Frau meiner Clientel an acutem Gelenkrheumatismus stärkster Sorte erkrankte. Hohes Fieber, glasige Gelenkschwellungen, constante heftige Schmerzen, die bei der geringsten Bewegung unerträglich wurden zum Schreien, dadurch Schlaflosigkeit u. s. w. An innern Mitteln brauchte man damals meist Jodkali, äusserlich bald stark ableitende, bald schmerzlindernde Salben, Linimente u. s. w., auch oft Compresses échauffantes; oder man wickelte die Glieder in Watte. Man machte sich trotzdem auf ein 6 wöchentliches peinvolles Krankenlager gefasst. Im eben erwähnten Fall widerstrebte es mir auf raschere Hülfe für die arme gequälte Frau, die viele kleine Kinder hatte, zu resigniren und ich versuchte, gestützt auf Erfahrungen der Wasserheil-Anstalten und der russischen Schwitzbadstube, energischer vorzugehen. Es wurde eine Wanne gekauft, neben das Bett der Patientin aufgestellt, sie selbst in das überheisse (c. 32—34° R.) Bad herein gehoben und in demselben gegen 1 Stunde belassen; Nachschwitzen durch heisse Getränke unterstützt. Das Bad wurde täglich wiederholt. Der Erfolg war durchschlagend, die Schmerzen liessen rasch an Intensität nach, mit jedem Tage wurde Patientin mobiler und nach 2 Wochen war sie, zwar stark abgemagert, aber gesund und blieb gesund.

Seit jenem ersten eclatanten Erfolg habe ich beim Gelenkrheumatismus theils ebensolche, theils ähnliche hydro-



therapeutische Proceduren geübt und als die Salicylsäure aufkam und bisweilen für sich allein nicht ausreichte, habe ich angefangen diese zwei äusserst wirksamen Factoren zu combiniren. Auf diese Weise hat sich allmälig der gegenwärtig geübte Modus procedendi herausgebildet.

Das Verfahren, welches eigentlich kein neues, sondern nur eine besonders vortheilhafte Combination altbewährter Heilfactoren sein will, ist folgendes:

Der Patient kommt zunächst in ein heisses Wannenbad von 30—33 °R. (38—41 °C) und verbleibt in demselben c. 20 Min. Beim Verlassen des Bades wird er in ein Bettlaken und eine wollne Decke gehüllt und rasch auf sein Bett getragen. Dort wird das Laken und die Decke um ihn fester angezogen und noch 2 andere wollne Decken darüber geschlagen. In dieser festen Einpackung, welche nur das Gesicht frei lässt, bekommt er sogleich 1—1$^1/_2$ Gramm Natr. salicyl. (resp. Salipyrin oder Antipyrin) und danach ein Glas heisses Getränk (Punsch oder Limonade). Sehr bald bricht nun über den ganzen Körper profuser Schweiss aus, grosse Tropfen stehn auf Stirn und Wangen und laufen, wenn nicht abgewischt, übers Gesicht. Diese mehr oder weniger abundante Transspiration soll etwa $^1/_2$ St. unterhalten werden, so dass die Einpackung etwa $^3/_4$—1 Stunde dauert. Dann wird Pat. successive aus derselben herausgeschält. Zuerst wird das eine Bein befreit, sogleich mit einem kalten nassen Schwamm rasch abgewaschen, ebenso rasch trockengerieben und leicht mit Wolle bedeckt, drauf folgt das andre Bein, dann der eine und der andre Arm. Sind die Extremitäten auf diese Weise behandelt, so wird das nasse Laken vom Rumpf vorn entfernt und ganz unter den Rücken zusammengeschoben. Brust und Bauch werden kalt abgewaschen und rasch getrocknet und zum Schluss setzt sich Pat. im Bett auf, das nasse Laken wird ganz entfernt, der Rücken geschwammt und getrocknet und das Hemd angezogen. So legt er sich nun in sein trocknes Bett zwischen Laken und unter eine Wolldecke. Gewöhnlich folgt auf die Einpackung und Abwaschung eine behagliche Ruhe, während noch etwas nachgeschwitzt wird und Pat. öfters einschlummert. Diese Procedur soll womöglich am Vormittag vorgenommen werden; wenn die Schmerzen es erlauben, steht der Kranke dann zu seinem Mittagessen auf. Am Abend vor dem Einschlafen bekommt er nochmals 1 Gramm Na. salicyl. und ein Glas heissen Punsch, wonach auch gewöhnlich Schweiss erfolgt. Dieses ist das Normalverfahren, welches je nachdem 1—2—3 Wochen, event. auch länger fortgesetzt wird. Gewöhnlich werden in der ersten Zeit ausser den beiden stärkern Salicyl — (resp. Salipyrin u. s. w.) — Gaben während der Einpackung und zur Nacht, noch mehr Einzelgaben von $^1/_2$ Gramm zwischendurch gegeben, so dass 3—4 Gramm pr. Tag (selten mehr) verbraucht werden.

Modificationen des Verfahrens je nach der Besonderheit des Falles sind nicht selten.

Eine der häufigsten Varianten ist die Ersetzung des heissen Bades durch eine allgemeine Priessnitzsche Einwicklung des ganzen Körpers in ein nasses Laken. Dieselbe wird bei sehr hohem constantem Fieber verordnet und je nach der Schweissreaction prolongirt; meist bleibt der Patient dabei länger in seiner Einpackung als nach dem heissen Bade. Die übrigen Momente der Cur bleiben unverändert. Bisweilen kommen zu der täglichen Schwitzcur in der Einpackung noch mehr locale hydrotherapeutisch eMaassnahmen hinzu, Compresses échauffantes auf einzelne Gelenke oder auf ganze Gliedmassen. In andern Fällen beschränkt sich die Einwicklung auf die untere Körperhälfte bis zur Taille oder bis unter die Achseln, so dass die Arme frei bleiben; letzteres besonders dann, wenn die untern Extremitäten vorwiegend ergriffen sind, oder wo man die in der vollen Einpackung stets vorhandene Kopfcongestion vermeiden will.

Dies über die Technik der Cur, deren Hauptvorzug, ich wiederhole es, eben in der Combination von Hydrotherapie mit Salicyl — (resp. Salipyrin u. s. w.) — Behandlung liegt. Dieselbe ist in dieser oder jener Modification anwendbar bei **allen** Erkrankungen, die unter die allgemeine Diagnose «Rheumatismus» fallen. Am günstigsten sind die Erfolge beim typischen acuten Gelenk-Rheumatismus, mag derselbe ohne oder mit Herz-Complicationen erscheinen. Ich habe mich ausnahmslos davon überzeugt, dass Endo- oder Perikarditis keine Contraindication sind; höchstens wird bei sehr geschwächtem Pulse eine mildere Variante mit geringern Tagesdosen des Antirheumaticums, gewählt werden müssen. Hat man guten Puls, normale Herzdimensionen, so braucht ein systolisches Mitralgeräusch einen von dem vollen Curprogramm nicht abzuhalten. Diejenigen acuten febrilen Rheumatismen, welche sich nicht ausschliesslich oder auch gar nicht in den Gelenken localisiren, sondern in andern fibrösen Gebilden: Sehnen, Sehnenscheiden, Fascien, Muskeln, Bändern, — sind als gleichwerthig dem typischen Gelenkrheumatismus anzusehn und auch ebenso zu behandeln, die Erfolge werden nicht ausbleiben.

Am wenigsten eclatant ist das Resultat beim sogen. Tripper-Rheumatismus, obgleich auch dabei unzweifelhafte Erleichterungen erzielt werden. Ob man aber die poly- oder monarticulären Formen der Gonokokken-Infection nicht besser thäte aus der Rubrik «Rheumatismus» hinauszuweisen, ist die Frage. Immerhin giebt unsere Behandlungsweise noch bessere Erfolge als irgend welche andere, um so mehr, wenn gewisse locale Mittel, die wir meist anwenden (Vesicatore) mitwirken.

Die rheumatoiden Infectionen mit andern pathogenen Mikroben, besonders Staphylokokken, sind oftmals in ihren Anfängen von Rheumatismus vulgaris nicht zu unterscheiden, ihm vielleicht auch näher verwandt, als wir es jetzt wissen; bei diesen allerdings bleibt der Erfolg nicht selten aus. Wenn bei einem anscheinend fieberhaften Rheumatismus im Laufe von 3—5 Tagen unsre Cur keine erhebliche Besserung gebracht hatte, erwies es sich immer, dass entweder eine Gonokokken- oder eine andre schwere Allgemeininfection vorlag.

Abgesehen von diesen letztgenannten schweren Erkrankungen ist die empfohlene Behandlung nach meinen vieljährigen Erfahrungen stets effectvoll durch rasches Beseitigen des ersten qualvollen Stadiums bei allen **acuten febrilen** Rheumatismen. Recidive nach vorübergehendem Wohlbefinden kommen nicht ganz selten vor und dürfen im regelmässigen Fortgebrauch der Hydrotherapie nicht irre machen. Freilich sind damit die Kranken nicht immer vollkommen geheilt, es bleiben oft leichtere Grade von fixen oder fliegenden Gliederschmerzen zurück, die länger dauernde Behandlung erfordern. Auf diese, sowie auf die grosse mannigfaltige Schaar chronischer Rheumatiker näher einzugehn, liegt zwar nicht im Zweck dieser Mittheilung, jedoch kann ich auch für diese die vorstehend skizzirte Behandlung aufs Wärmste empfehlen. Jedenfalls ist es gerathen mit der combinirten Wasserbehandlung bei ihnen zu beginnen; man wird fast immer deutliche Besserungen und oft definitive Heilungen erzielen. Sehr lange jedoch soll diese Behandlung nicht fortgesetzt werden, 4—6 Wochen ist wohl das Aeusserste. Abgesehn davon, dass sie ziemlich angreifend ist, hat man auch gewöhnlich nach einigen Wochen keinen Fortschritt mehr zu constatiren. Dann geht man zu irgend welchen andern Modificationen der Hydrotherapie über: Bäder aller Art von starken Schlammbädern bis zu den indifferenten Thermen, dabei Massage, Elektrotherapie u. s. w. — lauter allgemein bekannte Dinge.

Wenn ich hiermit die soeben mitgetheilte Combination von Hydrotherapie mit innerer Anwendung der Antirheumatica auf's Wärmste empfehle, so verkenne ich nicht,



dass derselben in der Privatpraxis oft erhebliche Schwierigkeiten im Wege stehn. Wenn das der Fall ist, sollte man nicht zögern den Kranken in ein gutes Hospital zu transferiren, wo Bäder, Schwitzcuren u. s. w. bequem auszuführen sind, und deren Effecte ärztlich genau überwacht werden.

Medicinische Aphorismen.

(Uebersetzt von Dr. B. Kallmeyer).

Einer der geachtetsten Aerzte Spaniens und Kliniker Madrid's, Prof. José de Letamendi hat als Beilage zu einem demnächst erscheinenden klinischen Handbuche eine Art Führer zusammengestellt, welcher in aphoristischer Form manche Punkte der ärztlichen Berufsthätigkeit beleuchtet. Mehr als 700 dieser Aphorismen, welche alle Zweige der Medicin umfassen, sind vom Verfasser in fünf Hauptkapitel untergebracht, deren Ueberschriften folgendermaassen lauten: I. Prolégomènes. II. Processus pathologiques. III. Processus thérapeutiques. IV. Processus génésiques. V. Vie protopédeutique (πρῶτος und παιδία).

Wir bringen nach der «Semaine médicale» aus jedem dieser 5 Kapitel einige Aphorismen, damit unsere Leser eine kleine Vorstellung von dieser ebenso interessanten als originellen Arbeit des Dekans der medicinischen Facultät in Madrid bekommen, bitten aber um Entschuldigung, wenn es uns manches Mal nicht gelingen wird, in einer einfachen Uebersetzung die Exactheit des Ausdruckes und Styles und dieSchönheit der Form zu finden, wie sie dem Original eigenthümlich sein sollen.

I.

1) Für den Empirismus giebt es kein Milderungswort. Der Grad seiner Allmacht ist immer der genaue Maassstab für das, was der Medicin fehlt, um eine wirklich wissenschaftliche Kunst zu sein. oder für das, was den Aerzten fehlt, um ihre würdigen Vertreter zu sein.

2) Lass es dich nicht verdriessen, wenn es dem Charlatan gelingt, sich mit einem Schlage eine vortreffliche Stellung zu verschaffen, während deine eigene Sache nur langsam vorwärts schreitet. Jedes Land hat genug intelligente Patienten, um die Zahl von anständigen Aerzten zu ernähren, welche die Natur den Müttern gestattet auf die Welt zu bringen. Aber, da diese und jene (d. h. intelligente Patienten und anständige Aerzte) geringer an der Zahl sind, so brauchen sie mehr Zeit, um sich gegenseitig zu finden.

3) Sich in irgend einer Kunst irren, heisst nur irren; sich in der Medicin irren, heisst tödten.

4) Wenn du ein Recept verschreibst, so sprich mit Niemandem und dulde es nicht, dass Jemand mit dir spricht. Besonders vergiss nicht es noch einmal durchzulesen, bevor du es übergiebst.

5) Die Behandlung der Armen, besonders der verschämten Armen, ist sehr schwer festzustellen, weil sie wirksam und billig sein muss. Erst die Zeit wird dich lehren dieses Problem zu lösen.

6) Ein Arzt, welcher nur die Medicin kennt, kennt sogar nicht einmal die Medicin.

7) Jede Epidemie ist für den Arzt, welcher schon Fuss gefasst hat. ein Zwischenfall in der Ausübung seiner Thätigkeit und für den, welcher sich eine Praxis sucht, das Mittel sie mit Aufsehen zu beginnen; denn wenn die Reichen sterben, so bleiben dafür die grossen Spender klinischen Ruhmes: die Armen.

8) Die Kunst der Medicin besteht vor allen Dingen in dem Handeln; es genügt nicht, dass der Arzt viel weiss. Seine ganze Wissenschaft wird unnütz und sogar schädlich, wenn sie nicht eine praktische ist.

9) Je unwissender ein Arzt ist, desto mehr glaubt er sich verpflichtet, Erklärungen zu liefern für alles, was er sich einbildet zu beobachten.

10) Es giebt nichts Schwierigeres auf der Welt, als die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung festzustellen, welche zwischen den einfachsten klinischen Erscheinungen bestehen.

II.

1) Es giebt für den Arzt zwei Kategorieen von Patienten: solche, welche einbringen und solche, welche nicht einbringen. Unter den Ersteren giebt es solche, welche mehr thun als einbringen, — sie bringen im Ueberfluss ein; unter den Letzteren, giebt es aber solche, die nicht zufrieden damit, dass sie nichts einbringen, sich damit befassen einem zu schaden. Diese Eintheilung basirt nicht auf dem Honorar, welches die Kranken dem Arzte zahlen. sondern auf dem Grade der Dankbarkeit, welche sie für ihren Arzt hegen und auf dem Ruf, den sie ihm machen.

2) Der beständige Gesichtsausdruck deines Patienten wird dir seinen Charakter kundgeben; der augenblickliche — seinen Geisteszustand.

3) Traue nicht zu sehr der Bedeutung von Schädel- und Gesichtsasymmetrieen, sowie den Kennzeichen des zum Verbrecher Geborenen. Diese Asymmetrieen, gerade wenn sie am schärfsten sind, zeigen nur ebenso starke psychische Zustände an, welche ebenso gut schlechte als gute Instincte erzeugen können, je nach ihrer Natur und entsprechend den anderen Zügen, welche sie begleiten.

4) Es giebt nichts Leichteres, als einen guten Patienten aus einem schlechten Menschen zu machen, vorausgesetzt, dass er Vertrauen zu Dir hat; nichts Schwierigeres, wenn das Vertrauen fehlt. Ein guter Empfang des Arztes seitens des Patienten, das regelmässige Beibringen des Honorars, alles hängt von dem Vertrauen ab, welches er für seinen Arzt hegt: es ist also Sache des Letzteren, sich zu zwingen dasselbe zu verdienen.

5) Wenn du einen kleinmüthigen Patienten zu behandeln hast, habe Acht! Um ihn gesund zu machen rechne mehr auf die Wirksamkeit deiner Verordnung, als auf die mehr oder weniger wirksame Art und Weise, in der sein Organismus reagiren wird,

6) Die Diagnose zeigt den Weg der Prognose, aber nicht immer der Behandlung. Wie viel Fälle giebt es, bei denen die Prognose leicht zu stellen ist, die aber schwer zur Heilung zu bringen sind, besonders in der Zeit und in dem Zustande, wo sie sich dem Arzte vorstellen!

Seitdem man eine Sonnen- und Mondfinsterniss «diagnosticirt» hat, kann man wohl ihr Erscheinen vorherbestimmen, aber man kann sie weder verhindern noch verzögern.

7) Die Diagnose kann sehr verschieden sein, je nachdem von welchem Gesichtspunkte aus: vom anatomischen durch die Metastasen, vom ätiologischen durch die Verschiedenartigkeit der Ursachen, vom nosologischen durch die Epiphaenomene und endlich vom klinischen Standpunkte durch die individuellen physischen und psychischen Veränderungen.

8) Es ist schon sehr schwierig die Behandlung einer einzigen Dyskrasie festzustellen; aber wenn es sich darum handelt die Therapie bei zwei und sogar bei drei Diathesen an einem und demselben Kranken zu bestimmen, — dann sind wir an einem der schwierigsten Probleme der ärztlichen Praxis angelangt.

9) Die Krise, welche sich durch die Diurese kundgiebt, ist viel sicherer, schneller und vollkommener als diejenige, welche durch Transspiration erzeugt wird. Sie macht aus einem hoffnungslosen Kranken einen echten Reconvalescenten . . . und er braucht dabei nicht einmal sein Hemd zu wechseln.

10) In der Klinik ist es so, wie in Allem, was aus der Erfahrung stammt: wenn die Dinge am wenigsten klar geworden und die Complicationen am grössten sind, — dann ist man am nächsten daran, klar zu sehen und einfach einzuschreiten.

(Schluss folgt).

Referate.

H. Stroebe: Die parasitären Sporozoen in ihren Beziehungen zur menschlichen Pathologie, insbesondere zur Histogenese und Aetiologie des Carcinoms. Zusammenfassendes Referat. (Centralbl. für allg. Pathol. und pathol. Anatomie. Bd. V. H. 1, 2, 3.)

Verf. hat sich die überaus dankenswerthe Mühe genommen, die Ergebnisse der sehr zahlreichen Arbeiten der letzten Zeit auf dem genannten Gebiete zu referiren und kommt zum Schlusse seiner umfangreichen Mittheilung zu folgenden Schlussbemerkungen, welche in dem Satze gipfeln, dass unsere positiven Kenntnisse über die Parasiten des Carcinoms, trotz der so zahlreichen zum Theil mit grossem Aufwand an Zeit und Mühe ausgeführten Untersuchungen, kaum eine wesentliche oder sichere Erweiterung erfahren haben. Zwar kann die Möglichkeit eines parasitären Ursprunges der Krebswucherung nicht von der Hand gewiesen werden, und es sind auch in der That viele Zelleinschlüsse mit verschiedener Zuversicht für Carcinomparasiten angesprochen worden, doch ist es noch Keinem gelungen einen sicheren Beweis für seine Meinung beizubringen, da sämmtliche Behauptungen über die Anwesenheit von Sporozoen in Krebszellen nur auf der mehr oder weniger zutreffenden morphologischen Uebereinstimmung der fraglichen Einschlüsse mit einzelnen Entwickelungsstadien von zoologisch bekannten Sporozoen gegründet sind. Andererseits haben aber viele Autoren auf die Aehnlichkeit derselben Gebilde mit Degenerationsformen von Epithelzellen hingewiesen, sowie auf den Umstand, dass man dieselben auch bei verschiedenen anderen, nicht krebsigen, entzündlichen Gewebsveränderungen finden könne. Auch sind Erscheinungen activer Bewegung, resp. Veränderungen, welche auf Theilung und



Vermehrung der fraglichen Parasiten hindeuten, trotz sorgfältiger Beobachtung bislang noch kein einziges Mal sicher gesehen worden. Endlich fehlt bis zur Zeit der Nachweis einer Contagiösität des Krebses, da gelungene Uebertragungen von Krebspartikelchen nur die Bedeutung einer gelungenen Gewebstransplantation haben können. Ja nicht einmal in Bezug auf die Morphologie der Zelleinschlüsse beim Krebs herrscht eine Uebereinstimmung, um so weniger als vorläufig keine Methode einer electiven Färbung bekannt ist. Das Genauere ist im Original nachzulesen. W. Gerlach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. Placzek: Das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig. Thieme. 1893.

Der Begriff des ärztlichen Berufsgeheimnisses ist trotz seiner hohen Bedeutung für den ärztlichen Stand ein sehr schwankender. Die Gesetze der einzelnen Länder fassen ihn verschieden auf und die darauf bezüglichen Paragraphen werden von Juristen sowohl wie von Aerzten verschieden interpretirt. Obwohl der Arzt im Allgemeinen auch ohne genauere Kenntniss des Gesetzes von Pflichtgefühl und Tact richtig geleitet werden wird, so können ihm doch peinliche Conflicte und schwere Collisionen der Pflichten auf diesem Gebiete jederzeit bei der Ausübung seines Berufes vorkommen. Daher is es als ein dankenswerthes Unternehmen zu bezeichnen, dass der Verf. diese für die Stellung des Arztes dem Staate und der Gesellschaft gegenüber hochwichtige Frage einer gründlichen Bearbeitung vom juristischen und vom ärztlichen Standpuncte aus unterworfen hat. Das Buch ist in drei Abschnitte eingetheilt: 1) der juristische Theil macht den Leser mit den das ärztliche Berufsgeheimniss betreffenden Paragraphen der verschiedenen Gesetzbücher Europa's bekannt. 2) Der historische Theil zeigt uns, wie hoch die Discretion des Arztes in früheren Culturepochen angesehen wurde. 3) Der medicinische Theil endlich, der für den Arzt das grösste Interesse bietet, führt uns mitten in das praktische Leben und behandelt diejenigen Situationen, in welchen das ärztliche Berufsgeheimniss besonders in Frage kommt. Die einzelnen Capitel dieses Abschnittes tragen folgende Ueberschriften: Vor der Verheirathung. Nach der Verheirathung. Aus der Alltagspraxis. Behandlung Verwundeter. Anzeige von Verbrechen. Lebensversicherungen. Atteste. Krankenscheine, Todtenscheine. Honorarforderungen. Wissenschaftliche Abhandlungen. Krankenhäuser, Lehrthätigkeit. Die Gehülfen der Aerzte. — Die Behandlung dieses reichen Stoffes ist klar durchdacht, die Darstellung lebendig und anregend. Das beigegebene Literaturverzeichniss zeigt uns, dass des Verfasser sich sowohl in der medicinischen wie auch in der juristischen Literatur der verschiedenen Länder gründlich umgesehen hat. Die äussere Ausstattung lässt nichts zu wünschen. Wir empfehlen das Buch gerne allen denjenigen Lesern, die sich für ärztliche Standesfragen interessiren — und das sollten doch wohl Alle! B.

Bericht über die 50-jährige Thätigkeit des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals. 1844—1894. St. Petersburg. Typographie von E. Hoppe.

Das vor 50 Jahren auf private Initiative gegründete Hospital war in den ersten Jahren (bis 1848) in einem Privathause placirt, wurde dann in ein eigenes Haus übergeführt (bis Januar 1862), daranf zwecks Aufbau eines neuen geräumigeren Gebäudes temporär geschlossen und eine Kinderstation bei der Kreuzerhöhungsgemeinschaft barmherziger Schwestern etablirt. Vom 9. März 1870 datirt die Thätigkeit des Hospitals im neuen Gebäude.

Leider müssen wir auf eine genauere Wiedergabe des eine Fülle interessanter Details bietenden Berichts verzichten und geben daher nur einen kurzen Ueberblick.

Von der Eröffnung des Krankenhauses bis zum 1. Jan. 1862 wurden 6438 Kinder behandelt. Von 1862 bis 21. Mai 1871 fanden 1044 Kinder Aufnahme (auf 12 Betten der Gemeinschaft barmherziger Schwestern). Vom 9. März 1870 bis zum 1. Januar 1894 wurden 14,451 Kinder [1] (woruntег 859 Brustkinder mit ihren Müttern) auf der Station und 373,754 Kinder (bei 887,285 Besuchen) ambulatorisch behandelt. Gehen wir nun auf die Thätigkeit der einzelnen Abtheilungen über, so sehen wir, dass unter den von 1870—1892 ambulatorisch behandelten 352,370 Kindern (174,249 Knaben, 178,121 Mädchen) das Alter von 2 bis 6 Jahren überwiegt. Unter den Erkrankungsformen nahmen die Magendarmkrankheiten die erste Stelle ein (131,470) und zwar: Dyspepsia 29,147, Cat. ventriculi 3587, Cat. gast. intest. 12,345, Cat. intest. 33,448, Colitis acuta 9652 etc. Es folgen die Erkrankungen der Respirationsorgane (82,570), darunter; Laryngitis cat. 3526, Laryngitis croup. 409, Bronchitis cat. 44,397, Bronchitis capill. 5952, Pneumonia cat. 10,196, Pneum. croup. 2151, Tussis convuls. 12,441. An dritter Stelle figuriren die Hautkrankheiten (33,106), darauf die Infectionskrankheiten (26,006), unter denen die Masern überwiegen (8621). Scharlach wurde in 4113 Fällen, Typhus abdominalis in 3504 Fällen, Diphtherie in 2594 Fällen constatirt. Ein Steigen der Zahl der Masernerkrankungen fiel mit einem Sinken der Rubeolaerkrankungen zusammen (analog dem Verhalten zwischen Variola und Varicella). In der Gruppe der constitutionellen Krankheiten (im Ganzen 13,906 Fälle) wurde Anaemie 4657 Mal, Rachitis 3574 Mal, Atrophia 2938 Mal, Scrophulosis 2456 Mal notirt, wobei natürlich nicht zu vergessen ist, dass viele an diesen Krankheiten leidende Kinder wegen einer anderen Erkrankungsform den ärztlichen Rath aufsuchten und daher nicht in obiger Rubrik aufgenommen wurden. Entwickelungsfehler wurden bei 1267 Kindern, Neubildungen bei 272 Kindern gefunden.

Auf der therapeutischen Abtheilung der Station wurden vom Mai 1871 bis zum 1. Jan. 1894 — 8461 Kinder aufgenommen, von denen 1367 (16%) starben. Die höchste Mortalitätsziffer (189) ergaben die Krankheiten des Nervensystems (454). Mit Krankheiten der Respirationsorgane wurden 2872 Kinder aufgenommen (26,8% Todesfälle), davon Laryngitis cat. 77, Laryngitis croup. 140, Bronchitis 329, Bronchitis cap. 163, Pneumonia cat. 864, Pneumonia croup. 277, Tussis convuls. 517. An Krankheiten des Verdauungsapparats litten 1715 Kinder (9% Todesfälle): 32 Fälle Dyspepsie, 214 Cat. ventriculi, 177 Cat. gastroint., 474 Cat. intest., 151 Colitis, 377 Enteritis follic. etc. Unter den Infectionskrankheiten (1002 Fälle mit 6,3% Mortalität) nahm Typhus abdominalis (573) die erste Stelle ein; 164 Kinder litten an Febris recurrens, 144 an Typhus exanthem. Am Schlusse dieses Abschnittes sind einige interessante und seltene Fälle innerer Krankheiten genauer wiedergegeben.

Auf der infectiösen Abtheilung (1871—93) fanden 5095 Kinder Aufnahme: 1) 2453 Scharlachkranke, von denen 770 starben (31,3%). Von Complicationen wurden in den letzten 10 Jahren (1720 Kranke) in 47% der Fälle Angina necrotica, in 39% Lymphadenitis, in 18,7% Otitis media, in 14,7% Nephritis beobachtet. 15 Mal kamen Recidive vor, die in der dritten bis sechsten Woche auftraten. — 2) Von 1253 Masernkranken starben 343 (27,4%), wobei zu bemerken ist, dass unter ihnen 637 Fälle mitgezählt wurden, in denen die Masern zu einer bereits bestehenden Erkrankung hinzutraten. Von letzteren starben 45%. In 55% der Fälle wurden Complicationen beobachtet, wovon beinahe die Hälfte auf katarrhalische Pneumonie kommt (mit 60,4% Todesfällen). — 3) Variola wurden 269 aufgenommen, von denen 136 starben (50%). Von 66 vaccinirten Kranken starben 16, von 203 nicht vaccinirten starben 120. — 4) In der Diphtherieabtheilung lagen 1072 Kinder, von denen 534 starben (49,8%). 42 standen im ersten Lebensjahr (starben 28), 178 im Alter von 1—2 J. (starben 129), 308 im Alter von 2—4 J. (starben 200), 214 im Alter von 4—6 J. (starben 96), 330 über 6 J. alt (starben 81). Diphther. fauc. wurde in 60,9% constatirt, Diphth. fauc. et lar. in 23,4%, Diphth. fauc. et nasi in 8,4%. Tracheotomirt wurden 22 Patienten, von denen 5 genasen. 5) 48 Kinder wurden mit Cholera asiatica aufgenommen und starben 26. Auf die letzte Choleraepidemie (1892) geht der Bericht genauer ein.

Die chirurgische Station und chirurgische Ambulanz sind zusammengefasst. Von 1870 bis 1892 wurden in ihnen 33,517 Kinder behandelt: 2235 stationär, 31,282 (bei 74,710 Besuchen) ambulatorisch. An Knochenerkrankungen litten 3991 (Station 558, Ambulat.: 3433). An Gelenkkrankheiten 2255 (St.: 469, Amb. 1786), an orthopaedischen Leiden: 1173 (St.: 115, Amb.: 1058), an Neubildungen 518 (St.: 94, Amb.: 424), in 4868 Fällen waren die Lymphdrüsen erkrankt (St.: 138, Amb.: 4730). Die Zahl der Fracturen belief sich auf 1393 (St.: 117, Amb.: 1276), die der Luxationen auf 113 (St.: 3, Amb.: 110). In 1738 Fällen handelte es sich um Verletzungen (St.: 29, Amb.: 1709), in 7671 Fällen um Erkrankungen der Weichtheile (St.: 327, Amb. 7344). Während dieses Zeitraumes wurden 6845 Operationen ausgeführt (St.: 1162, Amb., 5683). Es starben auf der Station 159 Patienten. Seit 1880 besitzt die Abtheilung ihr Operationszimmer und ist gegenwärtig mit 2 Sterilisationsapparaten versehen (ein kleiner Dettmann'scher und ein grösserer von Lautenschläger), so dass ein aseptisches Operiren ermöglicht ist.

In diesem Theile des Berichtes wird auf die spondylitischen Verkrümmungen der Wirbelsäule und deren Behandlung, auf die Trepanation des Antrum mastoideum, auf die operative Behandlung der congenitalen Atresia ani et recti näher eingegangen, wobei die darüber handelnden, auf Hospitalsbeobachtungen beruhenden Arbeiten referirt werden. Die Zahl der die chirurgische Ambulanz besuchenden Kinder stieg von 194 im Jahre 1870 auf 2707 im Jahre 1891 (in den folgenden Jahren nahm sie etwas ab), die der stationären Kranken von 18 im Jahre 1871 auf 223 im Jahre 1892.

[1]) Auf der Station finden Mädchen bis zum 12., Knaben bis zum 6. Lebensjahre unentgeltliche Aufnahme, ebenso ist die ambulatorische Behandlung unentgeltlich.



Der letzte Abschnitt des Berichts behandelt das pathol. anatomische Material und geht genauer auf die tuberculösen Erkrankungen ein. Von den in den letzten Jahren ausgeführten 500 Sectionen wurde bei 160 Tuberculose als Todesursache constatirt, bei 84 Erkrankungen der Respirationsorgane, bei 63 Diphtherie, bei 42 Scarlatina, bei 22 Erkrankungen des Nervensystems, bei 14 Erkrankungen des Verdauungsapparates etc. Die grösste Zahl der Tuberculösen fiel auf das 2 bis 6 Lebensjahr (71 %). Die Lymphdrüsen waren 203 Mal tuberculös verändert, die Lungen 184 Mal, die Leber 99 Mal, die Milz 60 Mal, Knochen und Gelenke 29 Mal etc. In der Mehrzahl der Fälle war die Miliartuberculose verbunden mit käsiger Pneumonie, seltener mit chronischer Phthise und dann nicht vor dem 6. Lebensjahre.

Weyert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

568 Sitzung am 15. Februar 1894.

1. Herr Germann stellt ein 10jähriges Mädchen vor, welches in Folge einer Knochenhauterkrankung beider Jochbeine an Ectropium des unteren Lides beider Augen litt. Am äusseren, unteren Rande, entsprechend dem Augenhöhlenfortsatze des Jochbeins, fanden sich tiefe, trichterförmige Hauteinziehungen, und in der Tiefe dieses Hauttrichters war der äusserste Winkel des unteren Cilienrandes angewachsen. Die an sich sehr entstellenden Hauteinziehungen waren auf beiden Seiten vollständig symmetrisch und gleich tief gelegen, am rechten Auge war jedoch die Ectropiumstellung des unteren Lidrandes stärker als linkerseits. Germann hat das rechte Auge mit sehr befriedigendem Erfolge operirt. Nachdem der Lidrand in der Tiefe des Hauttrichters gelöst worden und durch eine Fadenschlinge, welche an der Stirn befestigt wurde, in richtiger Lage fixirt worden war, umschnitt er den Hauttrichter an seiner höchsten Stelle, wo er sich in die Wangenhaut umbog. Dieser aus Haut und Narbengewebe bestehende und am Jochbein fixirte Trichter wurde nicht ausgeschnitten, sondern verblieb an seinem Orte. Aus der Wange wurde darauf ein zur Schläfe hin gestielter Lappen geschnitten, welcher den Trichter innerhalb seines umschnittenen Randes unrter dem fixirten Lidrande zudeckte. Es war somit ein dicker gestielter Hautlappen auf eine Hautunterlage verpflanzt worden. Die Haut des Trichters war mit dem Messer leicht geschabt worden. Heilung erfolgte per primam. Seit der Operation sind 3 Wochen verflossen. Der Lidrand sowie die Cilien stehen tadellos und die entstellende Hauteinziehung ist vollständig beseitigt.

Dieser, sowie ein ganz gleichartig früher operirter Fall sollen im nächsten Hefte der «Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt» veröffentlicht, sowie durch einige Zeichnungen erläutert werden.

Herr Blessig erwähnt als Uebelstand der Ueberdeckung von Hautstücken die gelegentliche Ansammlung von Hautsecret zwischen der überdeckten und der über dieser vereinigten Haut. Bei der Schneller'schen Entropiumoperation am unteren Lide kommt es nicht zu einer Verwachsung zwischen dem versenkten Hautstreifen einerseits und den darüber vereinigten Hauträndern andrerseits; es persistirt vielmehr ein theilweise von Epidermis ausgekleideter tunnelähnlicher Kanal, in welchem sich das Secret der Hautdrüsen ansammeln kann. In einem Falle war die Ansammlung eine so massenhafte, dass die unteren Lider geschwulstähnlich vorgewölbt waren; bei Druck auf die Geschwulst entleerte sich das eingedickte Atherombrei-ähnliche Secret aus beiden Enden des subcutanen Kanals. In den meisten Fällen macht sich allerdings der erwähnte Uebelstand nicht geltend.

2. Herr Dombrowski: Zur operativen Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten.

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die verschiedenen Operationsmethoden geht D. näher auf die Madelung und Trendelenburg'sche Methode ein.

Mad. räth die Vena saphena magna zu exstirpiren, Trend. das Gefäss an der Grenze des mittleren und untern Drittels des Oberschenkels zu unterbinden. Letztere ist eine alte Methode; doch hat ihr T. wieder eine neue Berechtigung verliehn, indem er nachzuweisen sucht, dass die Beschwerden der an Varicen der unteren Extremitäten leidenden Patienten, wie auch die Ernährungsstörungen der Haut, Geschwürsbildungen etc., durch den erhöhten Blutdruck in der Vena saphena magna hervorgerufen werden, der seinerseits wieder den Grund in der Insufficienz der Klappen der Vena saph. magna hat.

Nach den bisher in der Literatur veröffentlichten Fällen lässt sich kein bestimmtes Urtheil über die beiden Operationsverfahren fällen; doch möchte D. sich mehr für die Madelung'sche Operation als die radicalere entscheiden. Es fragt sich nur, ob die Exstirpation der Vena saph. m. nicht mit zu grossen Gefahren für den Patienten verknüpft ist. Bönnecken erwähnt bei seinem Bericht aus der Madelung'schen Klinik, dass man es nicht selten mit Eiterung und Randnekrosen der Hautlappen zu thun habe; doch die Eiterung gewöhnlich zu beherrschen sei. Er warnt davor, gestielte Hautlappen zu bilden und empfiehlt nach Vernähung der Wunde in die unterminirten Lappen Einschnitte zu machen und Drains einzuführen. D. möchte überhaupt rathen, namentlich am Unterschenkel so wenig wie möglich Nähte anzulegen, da die Haut bei Varicen recht schlecht ernährt ist. Zur Verhütung von grossen Lappen ist es rathsam auf die Vene direct einzuschneiden, nach doppelter Unterbindung am Oberschenkel das Gefäss zu durchschneiden und von oben nach unten herauszuziehn zu suchen. Am Oberschenkel und Unterschenkel bis unterhalb des Knies gelingt dieses leicht, da man nur einige kleinere Queräste zu unterbinden hat. Im oberen Drittel des Unterschenkels trifft man aber gewöhnlich zwei grössere Queräste, von denen der eine über die vordere und der andere über die hintere Fläche des Unterschenkels verläuft. Diese Queräste sind schwer ohne ausgedehntes Abpräpariren der Haut zu exstirpiren. Es kann daher nöthig werden, an dieser Stelle einen oder zwei Querschnitte zu dem in der Richtung des Gefässes verlaufenden Längsschnitt der Haut zu machen.

Von D. wurden im Ganzen 15 Fälle operirt, davon 9 Männer und 6 Frauen. 11 Fälle waren mit Unterschenkelgeschwüren behaftet, in 4 Fällen war nur die Vena saph. magna erkrankt. In 4 Fällen wurde an beiden Beinen operirt, in 11 nur an einem. 10 Mal wurden Unterbindungen und Excisionen der erkrankten Vene vorgenommen und 9 Mal die ganze Vena saph. magna exstirpirt.

Unter diesen 15 Fällen ist kein Todesfall zu verzeichnen. 12 sind geheilt entlassen, 3 befinden sich noch in der Hospitalbehandlung. Eiterungen von gewisser Bedeutung sind nur 2 Mal vorgekommen. In dem einen Fall war eine Periphlebitis am centralen Stumpf der Vena saph. m. mit Schüttelfrost und hohem Fieber aufgetreten. Nach Freilegung der Vene und Ausräumung des eitrigen Thrombus schwanden die bedrohlichen Erscheinungen und die Heilung ging ungestört vor sich. In dem anderen Falle, wo noch dichter genäht und in weiterer Ausdehnung die Hautlappen abpräparirt wurden, trat an der Unterschenkelwunde reichliche Eiterung ein; doch auch in diesem Falle liess sich die Eiterung durch Entfernung der Nähte und Ausstopfen der Hauttaschen mit Jodoformmarly beschränken und Patient ist hernach ganz gesund geworden. Ueber die Endresultate kann D. nichts Bestimmtes sagen, da einmal zu kurze Zeit seit den Operationen verstrichen ist, und andrerseits viele der Patienten nicht mehr zu ermitteln sind.

Zum Schluss stellt D. noch 3 Patienten vor, auf deren Krankengeschichten er näher eingeht.

1) M. S. 31 a. n. Diener, leidet seit 10 Jahren an Venenerweiterung des linken Beins. Er wird mit Bindeneinwickelung behandelt; doch macht ihm sein Leiden mit jedem Jahr immer mehr Beschwerden, so dass er nur mit Mühe seinem Beruf als Diener nachkommen kann. Die Vena saph. m. ist an Ober- und Unterschenkel sehr stark erweitert und weist an mehreren Stellen grosse Knoten auf. 20. April 1893 wird die Exstirpation der ganzen Vena saph. m. vorgenommen von der Fossa oval. angefangen bis zum Fuss 22. April leichte Temperaturerhöhung bis zu 38,1 in Folge von Retention in einer Hauttasche am Unterschenkel; darauf normale Temperatur und ungestörte Heilung. Am 19. Mai wird Pat. geheilt entlassen.

2) F. S. 30 a. n. Kaufmann, leidet seit 8 Jahren an Venenerweiterung des rechten Beins, die ihm ein Gefühl von Schwere und Behinderung beim Gehen verursacht. Am rechten Ober- und Unterschenkel ist die Vena saph. m. stark erweitert, geschlängelt und mit Varices versehn. Am 26. October 1893 wird die ganze rechte Vena saph. m. exstirpirt. Ungestörter Verlauf, Heilung der Wunde per primam, so dass schon am 9. November zur Haemorrhoidenoperation und gleichzeitiger Unterbindung der linken Vena saph. m. in der Mitte des Oberschenkels geschritten werden kann, weil auch am linken Unterschenkel erweiterte Aeste des Gefässes vorhanden sind. Auch nach diesen Operationen rasche Heilung, so dass Pat. am 20. November geheilt das Hospital verlässt.

3) Anna W. 28 an. Dienstmagd, leidet seit mehreren Jahren an Geschwüren des rechten Unterschenkels, die inzwischen geheilt sind, aber wieder rasch recidiviren, wenn sie ihre Beschäftigung aufnimmt. Die Vena saph. m. d. am Ober- und Unterschenkel stark erweitert und mit Varices versehn.

5. November 1893 Exstirpation der Vene vom oberen Drittel des Oberschenkels bis zum Fuss. Im Bereich der Geschwüre wird die Haut von ihrer Unterlage abpräparirt, so dass sie beweglich wird, die Geschwüre werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Die Oberschenkelwunde wird vernäht, am Unterschenkel wird keine Naht angelegt. Heilung ohne Temperatursteigerung und am 26. Jan. wird Pat. mit einem Granulationsstreifen am Unterschenkel entlassen.

Die vorgestellten Patienten sind vollständig von ihren Beschwerden befreit.

Herr Wanach unterscheidet 2 Typen von Venenerweiterung an der Unterextremität: in einer Reihe von Fällen ist



der Stamm der Vena saphena magna nebst den grösseren in sie einmündenden Aesten diffus und mehr gleichmässig erkrankt, in einer andern beschränkt sich die Erkrankung auf circumscripte Gefässgebiete, zwischen denen das Gefässrohr normal sein kann. Die letztere Form tritt nicht an typischen Stellen auf und kann die Venenäste in höherem Grade befallen als den Hauptstamm. Die beiden Typen unterscheiden sich nicht nur anatomisch, sondern auch pathogenetisch von einander: für die Entstehung der diffusen Venenerweiterung sind mechanische Verhältnisse (dauernde Blutdrucksteigerung durch Insufficienz der Triebkräfte oder Steigerung der Widerstände) hauptsächlich verantwortlich zu machen, bei der Erkrankung circumscripter Gefässabschnitte spielen entzündliche Processe die Hauptrolle; sie führen häufiger zu Periphlebitis und, durch Vereiterung einzelner varicöser Knoten, zur Geschwürsbildung. Die beiden Formen combiniren sich häufig in mannigfacher Weise. W. stellt einen operirten Mann vor, der den zweiten Typus ziemlich rein repräsentirt. In der linken Kniekehle prominirt ein aus stark verdickten und erweiterten Venen bestehender Wulst, die übrigen Venen des linken Beins sind normal. Am rechten Bein bestanden 2 ähnliche bis gänseeigrosse Wülste am Unterschenkel (dem Stamm der V. saphena entsprechend) und über dem Condyl. int. femoris (durch Erkrankung eines schräg nach unten aussen verlaufenden Astes entstanden). Unterbindung und Excision der V. saphena magna und des erkrankten Astes führten zu glatter Heilung. — Auch W. legt auf recht undichtes Nähen Gewicht, nachdem bei seinem ersten Patienten durch fortlaufende dicht schliessende Naht der Hautwunde Secretretention und eitrige Phlegmone entstanden war.

3. Herr Anders spricht in einem längeren Vortrage über den jetzigen Standpunkt der Behandlung der Scoliose.

Nach einer Einleitung, in welcher Referent kurz die Classification und Aetiologie der Scoliose berührt, verweilt er etwas bei der urgenten Frage des in der Schule zwischen dem 7—10 Jahr acquirirten Initialstadiums einer seitlichen Deviation der Wirbelsäule. Zurückgreifend auf die pathologisch-anatomischen und statischen Verhältnisse der scoliotischen Wirbelsäule, bespricht Referent die häufigen Beobachtungsfehler, die schwer zu vermeiden sind, wenn nicht dem wesentlichen Momente der Scoliose, der Torsion, genügend Rechnung getragen wird. Ausgehend von den pathologisch-anatomischen Umgestaltungen der scoliotischen Wirbelsäule von 3 Interferenzpunkten, den pathologischen Steil-, Schräg- und Zwischenwirbeln, den Umgestaltungen des Brustkorbes und den Deviationen in diagonalen Ebenen, wendet sich Referent der Erklärung der torquirten Stellung der Wirbelsäule zu und schliesst sich in etwas modificirter Form der Roser-Volkmann'schen Belastungstheorie, als der zur Zeit berechtigsten Lehre der Scoliose an. — An der Hand der Demonstration von Gypsmodellen wendet sich Referent jetzt der Behandlung der Scoliose zu und beantwortet die Frage, ob wir durch Gymnastik, Massage und das Tragen eines portativen Apparates der uns gestellten Aufgabe genügen, negirend. Nachdem wir durch moderne Apparate zur Streckung der scoliotischen Wirbelsäule das Contracturstadium überwunden haben, hätten wir uns einer systematischen Detorsionsbehandlung zuzuwenden. In diesem Sinne bespricht A. eine Reihe von Maassnahmen, unter welchen die Detorsionen im Beely'sche Rahmen mit der elastischen spiraligen Binde und der Hoffa'sche Pelottenapparat zu nennen sind, welchen letzteren Ref. dem Vereine demonstrirt. Weiter demonstrirt A. eine in Gyps verfertigte detorquirende Lagerungsschiene und ein detorquirendes Corset, wie es in möglichst detorquirter Stellung nach Ueberwindung des Contracturstadiums gewonnen werden kann. Ref. weist auf den grossen Fortschritt hin, welchen im Sinne der genannten Principien die Scoliosenbehandlung erfahren hat, und spricht die Hoffnung aus, im Hinblick auf die Möglichkeit in dieser Weise temporär die scoliotische Wirbelsäule aufzurollen, die scoliotische Deviation während des Wachsthumsalters auszugleichen.

Herr Blessig weist auf die nahen ätiologischen Beziehungen hin, welche zwischen Scoliose und Myopie bestehen. Beide Uebel gehen oft Hand in Hand und entwickeln sich oft gleichzeitig unter dem Einfluss anhaltender Naharbeit bei fehlerhafter Körperhaltung. Die vielfachen Bestrebungen auf dem Gebiete der Augenhygiene, welche gegen die Entwickelung der Myopie in der Schule gerichtet sind, müssen auch der Prophylaxe der Scoliosa zu Gute kommen. Besondere Beachtung verdienen in dieser Hinsicht die neuerdings auf Anregung von Schubert (Nürnberg) und A. in einigen Schulen des Königreichs Bayern angestellten Versuche mit der Steilschrift. Diese hat bekanntlich vor der üblichen Schrägschrift den Vorzug, dass die Zeile horizontal liegt und nicht schräg visirt zu werden braucht. Zahlreiche genaue Messungen, welche Kopf-, Schulter- und Rückenhaltung bei Schräg- und Steilschrift betreffen, sowie auch photographische Momentaufnahmen ganzer Klassen zeigen auf das Deutlichste die Vorzüge der Steilschrift. Für die Prophylaxe der Myopie sowohl, wie der Scoliose wäre die allgemeine Einführung dieser Schrift in der Schule sehr wünschenswerth.

4. Herr W. Bockmann berichtet über einen von ihm durch Laparotomie geheilten Fall von Extrauteringravidität. Das Präparat wird demonstrirt. Die linke Tube war in ihrem uterinen Abschnitt unverändert, weiter nach aussen erweiterte sie sich allmählich, ihr lateraler Abschnitt stellte einen Sack dar, in dem der Fruchtsack sass, so zwar, dass die eine Hälfte desselben sich noch innerhalb der Tube befand, die andere dagegen durchs Fimbrienende in den Douglas'sch n Raum hineinragte. Aus dem Fimbrienende war es ausserdem zu einem nicht bedeutenden Blutergusse gekommen, durch welchen der Fruchtsack mit der hinteren Fläche des lig. latum und den übrigen Wänden des Douglas'schen Raumes verbacken war. Die Wand des etwas über 2 Monate alten Fruchtsackes war durch geronnenes Blut wesentlich verdickt und noch am Spirituspräparat über 2 Cm. dick. Im Fruchtsack fand sich ein Embryo vor. Die Krankengeschichte ist zur Veröffentlichung bestimmt.

5. Herr Hackel berichtet über einen Fall von schwerer Hysterie und demonstrirt zwei Photographien und zwei nach der Natur gemalte Bilder, die das hysterische Oedem und die hysterischen blutenden Hautwunden der Pat. darstellen. Vortragender behandelt die 15 jährige Pat. seit dem October vorigen Jahres und beobachtete, dass jedesmal mit dem Eintritt der Menses, die schmerzhaft und unregelmässig sind, ein neuer Symptomencomplex sich einstellt, der allmählich ablässt und gegen Ende des Monats ganz aufhört. Im ersten Monat charakterisirte sich das Krankheitsbild durch unstillbares Erbrechen und choreatische Reizerscheinungen, die ausschliesslich die linke Körperhälfte befielen. Im zweiten Monat trat Erbrechen auf, das den grosser hysterischen Anfall auslöste. Derselbe verlief unter epileptiformen Krämpfen, Clownismus, und attitudes passionelles. Im dritten Monat traten Hustenkrämpfe auf verbunden mit Stokes'schem Athmungsphänomen und laryngospastischen Anfällen. Im vierten Monat traten präcise 11 Uhr morgens täglich unter den Augen H's blutende Hautwunden auf der local geschwellten Haut auf. Die Heilung erfolgte unter Schorfbildung. Zu gleicher Zeit erschienen an der Brust Bläschen die Vortragender mit Kaposi als Herpes zoster hystericus betrachtet.

Der jähe Wechsel des objectiven Befundes auf dem Gebiete der Sensibilität wird als für die Hysterie charakteristisch hervorgehoben. Aus der einschlägigen Literatur geht hervor, dass die Anschauungen der Autoren über das Zustandekommen der Blutungen getheilt sind. Ein dem beschriebenen Falle ähnlicher ist bis jetzt nicht veröffentlicht worden. Derselbe wird als Unicum demnächst im Druck erscheinen.

Herr Kroug sah vor 2 Jahren bei einem hysterischen Knaben bläuliche Quaddeln auftreten. Der Knabe konnte vorher angeben, an welcher Stelle dieselben auftreten würden. Sie präsentirten sich als bläuliche Flecken, ähnlich wie nach Hautquetschungen.

Herr Hackel erinnert daran, dass man bei Hysterischen manche Erscheinungen sehr vorsichtig beurtheilen muss. Ein Betrug ist in dem von ihm mitgetheilten Falle sicher auszuschliessen.

Herr v. Schrenck beobachtete einen Fall, wo Blut aus dem Munde in den Morgenstunden ausgespieen wurde. Da an den Lungen nichts nachzuweisen war, wurde als Quelle der Blutung die Mund- und Rachenschleimhaut angesehen.

Herr Kernig erinnert an 4 früher von ihm mitgetheilte ähnliche Fälle.

Herr Petersen hat bei einem Pat. mit Erythema multiforme 2–3 mal wöchentlich Schübe von subcutanen Blutungen (Purpura) beobachtet.

Herr Westphalen hat noch unlängst bei 2 robusten hysterischen Individuen Blutungen aus dem Munde beobachten können. In solchen Fällen kann aus dem Zahnfleisch ziemlich viel Blut herausgesogen werden.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Für den durch den Tod Prof. N. Ssokolow's erledigten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Academie haben sich, wie mehrere Tagesblätter berichten, bis zum 15. Juli 11 Bewerber gemeldet und zwar der Professor der Tomsker Universität M. G. Kurlow, die Privatdocenten der militär medicinischen Academie S. S. Botkin, P. A. Walther, M. M. Wolkow, W. O. Dobroklonski (zugleich Oberarzt des hiesigen städtischen Alexander-Hospitals), W. J. Drosdow, M. W. Janowski, W. N. Ssirotinin (zugleich Oberarzt der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern), G. A. Smirnow und N. J. Tschistowitsch, sowie der Moskauer



Arzt. P. G. Rosanow. Die Commission, welche von der Academie zur Prüfung der gelehrten Arbeiten und der wissenschaftlichen Befähigung der Candidaten eingesetzt ist, wird ihre Thätigkeit unter dem Vorsitz des Professor L. W. Popow zu Anfang des nächsten Semesters beginnen.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Oberarzt des Moskauer Militärhospitals, Dr. Saborowski, unter gleichzeitiger Verabschiedung wegen Krankheit.

— Verabschiedet auf sein Gesuch, wegen Krankheit, der Accoucheur der St. Petersburger Palais-Verwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. P. Lieven, mit Uniform. (v. 1. Juni 1894).

— Verstorben: 1) Am 30. Juli in St. Petersburg der Geschäftsführer der Verwaltung des Ober-Medicinalinspectors der Flotte, wirkl. Staatsrath Dr. Ernst v. Schroeder im 64. Lebensjahre an Herzruptur. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1848—52 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde Sch. Marinearzt und als solcher successive Ordinator am Marinehospital in Nikolajew, Arzt am Seecadettencorps in Kronstadt, Gehülfe des Geschäftsführers und vom Jahre 1880 an Geschäftsführer des Generalstabs-Doctors der Flotte, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende bekleidete. Vor nicht langer Zeit beging Dr. v. Schroeder sein 40-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit er ein Kapital von 3000 Rbl. zur Unterstützung hülfsbedürftiger Wittwen von Aerzten der Marine spendete. Neben seiner administrativen Thätigkeit übte der Verstorbene auch die ärztliche Praxis aus und erfreute sich, namentlich als Frauenarzt, einer recht grossen Clientel. 2) Am 19. Juli in Kasan der Professor und Director der therapeutischen Hospitalklinik, wirkl. Staatsrath Dr. Chomjakow, im 53. Lebensjahre am Schlage. Nach Absolvirung des Kursus an der Kasanschen Universität im J. 1862 war Ch. Assistent an der therapeutischen Klinik, darauf Privatdocent, ausserordentlicher, und seit 1885 ordentlicher Professor der Hospitalklinik in Kasan. Der Verstorbene galt als ein tüchtiger Arzt und guter College. 3) In Jalta der ordentliche Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität wirkl. Staatsrath Dr. Jakob Stolnikow, im 44. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Als Sohn eines Priesters im Gouv. Orel geboren, wurde er für den geistlichen Beruf vorbereitet; seine Vorliebe für die Naturwissenschaften veranlassten ihn jedoch sich dem Studium derselben an der St. Petersburger Universität zu widmen, von welcher er aber schon vom III. Cursus zur medico-chirurgischen Academie überging. Nach Absolvirung der Academie i. J. 1878 mit der goldenen Medaille und dem Arztgrade wurde St. zur weiteren Vervollkommnung bei der Academie belassen und erlangte 2 Jahre später nach Vertheidigung seiner Dissertation «Ueber die Pancreasfunctionen während des Fiebers» an derselben die Doctorwürde. Im Jahre 1884 erhielt er die Professur der speciellen Pathologie und Therapie an der Warschauer Universität, welcher er bis zu seinem Tode angehörte. Prof. Stolnikow ist vielfach mit Erfolg literärisch thätig gewesen. Auch unsere Wochenschrift verdankt dem Verstorbenen eine ganze Reihe von Originalartikeln in ihren früheren Jahrgängen. Wir machen hier nur einige derselben namhaft: «Einfluss des Fiebers auf die Athmungsmuskeln und das Lungengewebe»; «Ueber Hamoglobinurie»; «Ueber die temperaturherabsetzende Wirkung chronischer Nierenentzündung». 4) In Bergen (Norwegen) der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Lepra und Syphilis bekannte Forscher Daniel Danielson im Alter von 79 Jahren. In Gemeinschaft mit W. Boeck stellte er zuerst die Identität der in Norwegen endemische Krankheit «Spedalskhed» mit der «Elephantiasis Graecorum», der Lepra, fest. Besonderes Aufsehen erregten auch seine in Gemeinschaft mit Boeck unternommenen Versuche der «Syphilisation» bei Syphilis und Lepra, welche jetzt in Vergessenheit gerathen sind.

— Der berühmte Hygieniker Prof. Pettenkofer (München) ist bei seinem Rücktritt von der langjährigen Lehrthätigkeit mit dem Grosskreuz des bayrischen St. Michael-Verdienstordens ausgezeichnet worden.

— Zum Decan der Berliner medicinischen Facultät ist für das Studienjahr 1894—95, an Prof. v. Bergmann's Stelle der Professor der vergleichenden Anatomie und Embryologie Dr. O. Hertwig gewählt worden.

— Nachdem Prof. Flügge (Breslau) und C. Fränkel (Marburg) die Berufung auf den Lehrstuhl der Hygiene an der Universität Halle abgelehnt haben, ist jetzt der Ruf an Prof. Gaffky (gegenwärtig Rector der Universität Giessen) ergangen.

— Professor Lombroso ist zum Präsidenten der chirurgischen Academie in Turin ernannt worden.

— Der Anatom Prof. Rabl-Rückhard (Berlin), welcher aus Gesundheitsrücksichten im Jahre 1892 seine Vorlesungen an der Berliner Universität einstellen musste, nimmt seine Lehrthätigkeit im nächsten Semester wieder auf.

— An Stelle des nach Strassburg übersiedelnden Professors Madelung ist Prof. extraord. K. Garrè (Tübingen) auf den Lehrstuhl der Chirurgie nach Rostock berufen worden.

— Am 1. August n. St. wurde in Halle das Denkmal des verstorbenen berühmten Chirurgen Richard v. Volkmann, welches vor der Klinik aufgestellt ist, in Gegenwart von zahlreichen Vertretern von Universitäten und gelehrten Vereinen, Verwandten, Freunden und Schülern Volkmans enthüllt. Reden hielten bei dieser Gelegenheit unter Anderen der Nachfolger Volkmanns, Prof. Bramann, Oberarzt Dr. Schede (Hamburg), Prof. König (Göttingen) als Vertreter der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, und Prof. v. Bergmann (Berlin) im Namen der freien Vereinigung der Chirurgen Berlin's.

— Der Verein der deutschen Irrenärzte wird seine diesjährige Jahresversammlung am 14. und 15. Sept. n. St. in Dresden abhalten, (A. m. C.-Ztg.)

— Die Wladimir-Universität in Kiew beging am 15. Juli den 60. Jahrestag ihres Bestehens. Sie nimmt gegenwärtig der Zahl ihrer Studenten nach die zweite Stelle unter den 10 Universitäten des Reichs ein und giebt hierin nur der Moskauer nach, denn sie zählt 2250 Studenten, von denen ca. 1000 Medicin studiren.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg wies in der letzten Woche eine weitere allmähliche Abnahme auf. Freilich ist in den letzten 3 Tagen (1—3 August) eine kleine Zunahme der Neuerkrankungen vorgekommen, doch hat die Zahl der Todesfälle sich erheblich verringert und vom 2. auf den 3. August nur 7 (in 24 Stunden) betragen, während in der Acme der Epidemie gegen 100 Todesfälle täglich constatirt wurden. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 3. August in St. Petersburg 3689 Personen erkrankt, 1769 gestorben und 1781 genesen. In Behandlung verblieben am 3. August 138 Cholerakranke.

Im Gouv. St. Petersburg macht sich ebenfalls eine, wenn auch mässige, Abnahme der Epidemie bemerkbar, indem vom 17.—23. Juli 321 Personen erkrankten gegen 426 in der Vorwoche. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel auf das Gouv. Radom (vom 10.—16. Juli 575 Erkr.), sodann auf die Gouv. Grodno und Petrikau und die Stadt Warschau (vom 17.—23. Juli 139 Erkr.). In den übrigen von der Seuche ergriffenen Gouvernements ist die Zahl der Erkrankungen eine viel geringere. Im neuesten officiellen Bulletin werden auch Livland (Kirchdorf Tschorna am Peipussee) mit 10 Erkrankungen vom 10.—16. Juli, Estland mit 17 Erkrankungen und 10 Todesfällen vom 17.—23. Juli, und Kurland (Bauske) mit 10 Erkrankungen und 7 Todesfällen vom 10.—16. Juli aufgeführt. In Kronstadt sind vom 25.—29. Juli weder Neuerkrankungen noch Todesfälle an der Cholera constatirt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Juli d. J. 5667 (232 weniger als in der Vorwoche), darunter 322 Typhus — (15 mehr), 683 Syphilis — (12 mehr), 51 Scharlach — (1 weniger), 13 Diphtherie — (1 mehr), 31 Masern — (6 weniger), 9 Pocken — (5 weniger) und 140 Cholerakranke (138 weniger).

Vacanzen.

1) Landschafts-Arztstelle im Kreise Ljubim (Gouv. Jaroslaw). Gehalt und Quartiergeld 1000 R. jährlich. Adresse: «Любимская Земская Управа».

2) Für die Fayencefabrik des Kaufmanns Kusnezow im Nowgorodschen Gouvernement (118 Werst von St. Petersburg und 2 Werst von der Station Wolchow der Nikolaibahn entfernt) wird ein Arzt gesucht. Gehalt 100 R. monatlich nebst freier Wohnung. Die Meldung geschieht bei dem Fabrikbesitzer Kusnezow.

3) Das Kowrow'sche Landschaftsamt sucht zur Bildung einer Sanitätscolonne für die Cholerazeit einen Arzt, einen Studenten, 2 Feldscher oder Feldscherinnen und eine barmherzige Schwester. Die Remuneration wird, je nachdem die Epidemie im Kreise auftritt oder nicht, für den Arzt 125—200 R., für den Studenten und den Feldscher 40—65 R. und für die barmherzige Schwester 20 R. monatlich betragen. Adresse: «Ковровская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. Juli 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																	
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	285	608	115	53	93	11	6	22	68	70	51	44	43	24	5	3



2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 11, Scharlach 6, Diphtherie 15, Croup 1, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 120, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 105, Todtgeborene 20.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Солянова пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Дозв. ценз. Спб. 5 Августа 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 13. (25.) August **1894**

Die verschiedenen Formen der Ischias und deren Behandlung

Von

Dr. J. Schreiber,

Kaiserlicher Rath in Meran.

Vortrag, gehalten auf dem Intern. Med. Congress in Rom. (Section für Interne Medicin)

Wenn ich vor einem so auserlesenen Kreise von Aerzten über ein altbekanntes Thema zu sprechen mir erlaube, so geschieht es in dem Bewusstsein, einzelne weniger erörterte Beobachtungen und Thatsachen von praktischem Interesse Ihnen mittheilen zu können.

Auf Grundlage eines ansehnlichen Krankenmaterials, das mir in den letzten 15 Jahren zu Gebote stand, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass von den mit der Diagnose «Ischias» mich aufsuchenden Kranken nur ein Theil derselben an wirklicher Ischias leidet, während bei einer beträchtlichen Anzahl der Fälle rheumatische Processe der Muskeln, Sehnen, Fascien und des Bandapparates des Hüftgelenkes und dessen Nachbarschaft den motorischen und sensitiven Störungen zu Grunde liegen.

Diese eine Ischias vortäuschenden rheumatischen Processe unterscheiden sich von den genuinen, auf mannigfaltiger Basis beruhenden Formen der Ischias vor Allem durch die ununterbrochene Andauer der krankhaften Erscheinungen.

Während bei genuiner Ischias schmerzfreie, von unbehinderter Beweglichkeit begleitete Intervalle von Tagen und Wochen eintreten, werden Menschen, bei denen die Ischias eigentlich nur ein rheumatischer Process ist, ohne Unterlass von Schmerzen gequält, und nimmt die Beweglichkeit immer mehr ab.

Auch die Untersuchung des Kranken lässt wesentliche Unterschiede erkennen.

Die Schmerzen entsprechen nicht dem Verlaufe der Nerven, sie sind diffus mehr oder weniger ausgebreitet, vorzugsweise an den fibrösen Ursprüngen der Muskeln oder an den Endsehnen festsitzend. Wenn man bei passiven Bewegungen im Hüftgelenke auf schwer zu überwindende Widerstände stösst, so ist der Verdacht auf chronischen Rheumatismus begründet. Wenn es sich um Feststellung der Diagnose «Ischias» handelt, so können wir bei Untersuchung des Kranken nicht vorsichtig genug zu Werke gehen, weil von dieser Untersuchung Therapie und Prognose abhängen.

Dies gilt insbesondere für weibliche Kranke, bei denen bisweilen in der Tiefe des Beckens gelegene auf den Nervus ischiadicus drückende Exsudate (Residuen nach Bauchfellentzündungen) die «Ischias» erzeugen. Es ist selbstverständlich, dass jede zur Bekämpfung des Leidens empfohlene Methode fruchtlos angewendet wird, solange das Exsudat nicht beseitigt ist.

Ausser dem Befunde in den Unterleibsorganen müssen wir das Becken sorgfältigst untersuchen und prüfen, ob nicht Auftreibungen des Knochens in der Nähe des Foramen ischiadicum majus vorhanden sind, welche einen Druck auf den Nerven ausüben. Diese Fälle sind allerdings sehr selten; aber da sie denn doch vorkommen, so würde ein Uebersehen falsche und deshalb zwecklose therapeutische Eingriffe zur Folge haben. Mir steht eine einzige derartige Beobachtung zur Verfügung, die hier kurz erwähnt sei.

Beobachtung:

Ischias, bedingt durch Schwellung des Knochens an der Durchtrittsstelle des Nervus ischiadicus durch das Foramen isch. majus.

Ein italienischer Gerbergeselle aus Tolmezzo suchte mich im Jahre 1883 auf, um von seiner seit Jahren bestehenden Ischias geheilt zu werden. Der 46 jährige, durch Noth und Elend herabgekommene Mann schleppte sich, wie ein Greis gebückt, mühsam fort und konnte bisweilen durch Tage sein Schmerzenslager nicht verlassen.

Als ich nach 5 wöchentlicher Behandlung auch keine Spur von Besserung erkennen konnte, nahm ich eine neuerliche Untersuchung vor und fand nach sorgfältiger Prüfung eine Schwellung des Knochens in der Gegend der Austrittsstelle des erkrankten Nervus ischiadicus.

Von dem Gedanken geleitet, dass die Schwellung eine syphilitische Exostose sein könnte, befragte ich den Kranken in die-

sem Sinne. Derselbe gestand mir, dass er vor vielen Jahren an Syphilis gelitten habe. Nun erkannte ich, dass die mechanische Behandlung in diesem Falle erfolglos bleiben musste und wendete eine energische Schmierkur an.

Der Erfolg war ein überraschender, die Knochenschwellung nahm allmählich ab, der Knochen wurde normal und die Ischias verschwand ohne weiteres Eingreifen. Dies ist wohl einer der interessantesten Fälle, welche ich beobachtet habe; derselbe liefert nebenbei den Beweis, wie thöricht es sei, Ischiaskranke von Laien behandeln zu lassen.

Nicht weniger Vorsicht gebieten die durchaus nicht seltenen Fälle, in denen die ausgesprochenen Symptome der Ischias durch beginnende Tabes dorsalis bedingt sind. Fälle, in denen auch der erfahrenste Kliniker sich täuschen und zu einer irrigen Diagnose verleiten lassen kann.

Der Verdacht auf Tabes ist in derlei als Ischias angesehenen Fällen begründet, wenn die Schmerzen vorzugsweise an den Knieen, am Köpfchen des Wadenbeines, an den Knöcheln, am Fussrücken und der Fusssohle beobachtet werden, wenn diese Schmerzen plötzlich eintreten und mit unerträglicher Heftigkeit nur für sehr kurze Zeit (bisweilen nur einige Minuten) andauern, wenn gleichzeitig die Glutäalmuskeln schmerzfrei sind, und die Beweglichkeit der Extremität ausserhalb der Anfälle nicht behindert.

Eine Verwechslung mit Ischias kann deshalb leicht erfolgen, weil im ersten Beginne der Tabes bisweilen keines der charakteristischen Symptome vorhanden ist, welche zur Diagnose Tabes berechtigen. In diesen zweifelhaften Fällen darf die mechanische Behandlung als differentialdiagnostischer Behelf betrachtet werden. Wird nämlich durch eine 4—6 wöchentliche rationelle mechanische Behandlung keine Heilung erzielt, dann hat man es sicher mit einer sich entwickelnden Tabes dorsalis zu thun.

Beobachtung:

Tabes dorsalis, welche unter den Symptomen der Ischias einhergeht.

Im Jahre 1884 wies Professor Widerhofer (Wien) einen Kranken (Officier von 36 Jahren) der angeblich an Ischias litt, an mich.

Die Ansichten mehrerer Wiener Aerzte (Professor Bamberger, Professor Benedict u. A.) über die Natur des Leidens gingen auseinander. Die Einen erklärten den Zustand für beginnende Tabes, die Anderen stellten die Diagnose: Ischias.

Die von mir vorgenommene Untersuchung berechtigte mich, da ich damals schon einige Erfahrung über Ischias besass, das Leiden als centralen Ursprungs aufzufassen. Die unerträglichen Schmerzen überfielen den ahnungslosen Kranken plötzlich, dauerten einige Stunden an, um dann für geraume Zeit auszubleiben. Die Schmerzen konnten nicht als lancinierende bezeichnet werden, erstreckten sich auch nicht auf den aus dem Becken auftauchenden Nervus ischiadicus und dessen Aeste an den Gesässmuskeln, am Beckenrande oder längs des zwischen Trochanter und Sitzknorren zur Kniekehle verlaufenden Hauptstammes, sondern sprangen hin und her, bohrten bald im Kniegelenke, bald am Fussrücken; am heftigsten jedoch wütheten sie um den Condylus internus.

Trotz allen festen Willens war der Patient gezwungen, diese Schmerzanfälle durch Morphium-Injectionen zu lindern, das einzige Mittel, welches ihm seine traurige Existenz erträglich machte.

Dieses eigenthümliche anatomische Verhalten des Schmerzes bestimmte mich, die Diagnose «Ischias» anzuzweifeln.

«Ich bin bereit», sagte ich zu Professor Widerhofer «den Kranken nach meiner Methode, die mich bisher nie im Stiche gelassen hat, zu behandeln. Haben wir es mit Ischias zu thun, dann wird der Kranke in längstens 6 Wochen geheilt sein — im entgegengesetzten Falle müssen wir die Diagnose auf Tabes dorsalis stellen».

Die vorgenommene mechanische Cur blieb erfolglos. Nach 6 Wochen stellte ich dieselbe ein. Wenige Monate später traten die characteristischen untrüglichen Symptome der Ataxie auf, welcher der Kranke binnen kurzer Zeit erlag.

Ist Constipation die Ursache der Ischias, was sich durch eine längere Zeit fortgesetzte genaue Beobachtung des Kranken feststellen lässt, so wird selbstverständlich in der Behebung des Darmleidens das Heil zu suchen sein.

Die Symptome der Ischias nehmen bei derlei Kranken bisweilen typische Form an; sie treten nur an bestimmten Tagen oder Tagesreihen auf, um für einige Zeit vollkommen zu verschwinden, wobei sich erkennen lässt, dass die Zunahme der Schmerzen mit jenen Tagen zusammenfällt, an denen die Stuhlentleerungen fehlen.

Was nun die Therapie anbelangt, so wird die Ischias sowohl durch Electricität und Hydrotherapie als durch mechanische Behandlung zur Heilung gebracht. Ich konnte in den Hunderten von Fällen, welche ich im Laufe von 15 Jahren zu sehen Gelegenheit hatte, die Ueberzeugung gewinnen, dass da, wo die beiden älteren Methoden (Electricität und Hydrotherapie) im Stiche lassen, die Mechanotherapie stets von Erfolg gekrönt ist.

Bei den als Ischias ausgegebenen inveterirten rheumatischen Processen des Gesässes, des Hüftgelenkes und des Oberschenkels, welche durch viele Jahre andauern, dem Kranken unsägliche Qualen bereiten, denselben arbeitsunfähig machen, erwarte ich von electrischer und hydropathischer Behandlung keinen Erfolg und führt auch die Massage nur dann zum Ziele, wenn sie gleichzeitig mit einer rationellen d. h. einer anatomisch und physiologisch durchgeistigten heilgymnastischen Kur angewendet wird.

Es sei mir gestattet, eine diesbezügliche Beobachtung in gedrängter Kürze Ihnen vorzutragen; dieselbe wird am schlagendsten meine Behauptung bewahrheiten.

Beobachtung:

Rheumatischer Process, der um das rechte Hüftgelenk herum gelegenen Gebilde, 12 Jahre als Ischias erfolglos behandelt, durch mechanogymnastische Kur in 4 Wochen geheilt:

Im Juni 1892 stellte sich mir Herr M., ein 62 jähriger, corpulenter Mann vor. Seine Krankengeschichte lautet in gedrängter Kürze:

«Ich leide seit 12 Jahren an der rechten Hüfte entsetzliche Schmerzen, welche mir den Schlaf rauben».

«Ich habe viele hervorragende Aerzte consultirt, die verschiedensten Kurorte und Anstalten besucht, Seebäder, Wasser und electrische Kuren, mannigfaltige Medicamente gebraucht; ich bin durch einen bekannt tüchtigen Mechanotherapeuten während 3 Monate behandelt worden. Es ist alles vergebens, mein Zustand verschlimmert sich beständig. Trotzdem ich stets geführt werden muss und mich überdies auf meinen Stock stütze, wird mir das Gehen zur Qual; ich kann mich nicht allein vom Sessel erheben, kann nur mit den grössten Schwierigkeiten ins Bett und aus demselben gelangen. Die rechte Extremität halte ich stets im Kniegelenke gebeugt, trete nur mit der Fussspitze auf und hat sich in Folge fehlerhaften Ganges eine Scoliose entwickelt».

«An Heilung verzweifelnd, auf Linderung meiner entsetzlichen Schmerzen bedacht, habe ich Professor Lorenz in Wien aufgesucht, um meine Scoliose curiren zu lassen. Professor Lorenz erklärte, dass die Scoliose nur Folge der chronischen Ischias sei, wesshalb erst diese geheilt werden müsse, und rieth mir, mich bei Ihnen einer mechanotherapeutischen Behandlung zu unterziehen». Der hochintelligente Patient übertrieb die Qualen seines Leidens gewiss nicht; seine Vermögensverhältnisse hatten ihm den Gebrauch der verschiedensten Heilmittel leicht gemacht. Die traurig klingende Krankengeschichte gewährte mir keine verlockende Aussicht. Die Behandlung würde dem Kranken neuerdings Schmerzen machen, das wusste ich, und dies wollte ich ohne Aussicht auf Erfolg nicht herbeiführen.

Nach gründlicher Untersuchung des Kranken schien mir der Fall räthselhaft, denn die vorhandenen functionellen Störungen deckten sich nur wenig mit dem Begriffe «Ischias».

Ich kam zu dem Entschluss, den Kranken, falls nochmalige Untersuchung und abermaliges Durchdenken des Zustandes mir nicht Klarheit verschaffen würde, nicht in Behandlung zu nehmen.

Die wiederholte Prüfung machte mich, der ich immer nur auf Ischias fahndete, nicht klüger. Da untersuchte ich endlich an den Innenseiten des Oberschenkels. Bei Druck auf die Musculi gracilis, adductor longus, pectineus, schrie der Kranke laut auf; der Schmerz an diesen Stellen war intensiver als an den Glutäalmuskeln, die Ursprünge der genannten Muskeln fühlten sich wie eiserne Stränge an, die Streckung des Oberschenkels scheiterte an dem Widerstande dieser Stränge.

Nun stand ich vor einem klaren Bilde, das ich schon oft gesehen hatte und das mich nicht mehr erschreckte.



Der Patient litt, wie ich nun wusste, an chronischem Rheumatismus, welcher sämmtliche Muskeln des Gesässes und Oberschenkels ergriffen und sich besonders an den Sehnen festgesetzt hatte. Nun konnte ich dem Leidenden Genesung versprechen. Die 4 wöchentliche Behandlung war für den Kranken schmerzhaft und für mich anstrengend. Hatte ich es doch mit einem sehr corpulenten, unbeweglichen Manne zu thun. Ich hätte recht gerne einen im Massieren geübten Badediener herangezogen, allein in diesem Falle, in welchem jeder mechanische Eingriff durchgeistigt sein musste, in welchem Wissen, Wollen und Können des Arztes **eins** sind, sah ich die Unmöglichkeit einer Laienhilfe und erkannte ich neuerdings die Zweck- und Erfolglosigkeit der sogenannten Laienmassage.

Ich nahm Herrn M. 2 mal täglich, jedesmal durch etwa 20 Minuten vor und liess den Patienten überdies systematisch gymnastische Uebungen an Widerstands-Apparaten machen.

Herr M. lernte wieder ohne Schmerzempfindung gehen, konnte endlich anstandslos Höhen von 500 Fuss erklimmen, Märsche von 2 stündiger Dauer zurücklegen. Er vermochte jede Bettlage einzunehmen und schlief vortrefflich. Der Ueberglückliche reiste geheilt ab.

Meine Erfahrung belehrt mich, dass inveterirte rheumatische Processe der Muskeln, Sehnen, Bänder und Fascien nicht durch Massage allein geheilt werden. Die Muskeln müssen lernen, die im Laufe der Jahre verlernten Bewegungen wieder auszuführen. Diese Bewegungen, sowie die Zerrungen und Streckungen der rheumatisch erkrankten Sehnen sind überaus schmerzhaft. Der Leidende muss die moralische Kraft aufbringen, sich diese Schmerzen selbst zu bereiten. Es ist, als müsste man sich selbst einen Zahn ziehen, einen Abscess öffnen. Hier muss der Arzt durch Aneiferung, Ausdauer und Energie die Willenskraft des Patienten schulen und stärken, das scheinbar Unmögliche auszuführen. Es muss dem Arzt gelingen, die eigene Ueberzeugung der nahen Heilung auf den Patienten zu übertragen.

Es ist aber auch Aufgabe des Arztes, von dem Kranken nicht zu viele und nicht zu grosse Leistungen auf einmal zu verlangen. Man gehe von dem Leichteren zum Schwierigeren über, fordere an einem Tage nicht zu viel Arbeit, erschöpfe den Patienten nicht, gönne ihm zwischen den einzelnen Muskelübungen Ruhepausen und bewillige zuweilen einen Ferientag.

Nur die eigene Ueberzeugung und Erfahrung muss den Arzt leiten; von dem Patienten darf er sich nie bestimmen lassen. Der Leidende klagt, weint, beschäftigt sich mit der Idee, die Behandlung aufzugeben. All das darf den Arzt nicht ungeduldig machen. Dieser muss schliesslich die eigene Ausdauer dem Patienten suggeriren und hat die Freude, zu sehen, dass der Kranke binnen Kurzem das energische, zielbewusste Wirken anerkennt.

Während der Muskelübungen muss der Arzt stets gegenwärtig sein. Ob die Widerstands-Apparate nach den Systemen **Zander**, **Nicander** oder **Bürlot** construirt sind, ist gleichgiltig.

Diese Behandlung ist für den Arzt eine anatomisch-physiologische Studie und entbehrt durchaus nicht des wissenschaftlichen Interesses; sie nöthigt ihn, stets neue Wege aufzusuchen, um die rebellischen Muskeln zur Arbeit zu zwingen.

Bei keiner Gattung von Erkrankungen feiert die Mechanotherapie so grosse Triumphe, als bei den geschilderten rheumatischen Processen, welche noch vor 20 Jahren als unheilbar galten, so dass diese Kranken als hinsiechende hilflose Krüppel ein jammervolles Dasein fristeten.

In jedem neuen Falle werden sich dem Mechanotherapeuten neue Gesichtspunkte erschliessen und so wie der Chirurg die hundertste Operation derselben Art mit demselben Interesse vornimmt, so wird der Mechanotherapeut jeder mechanischen Kur die gleiche Theilnahme bezeugen, und das beglückende Bewusstsein ernten, Hilfe gebracht zu haben, wo wir früher rathlos die Hände in den Schooss gelegt haben.

Schlussfolgerungen:

1. Eine grosse Anzahl der zur Behandlung gelangenden Fälle von «Ischias» sind nicht Neuralgien sondern rheumatische Processe.

2. Beide Formen des Leidens werden sowohl durch electrische und hydropathische Behandlung als durch Mechanotherapie geheilt; die letztere wirkt rascher und sicherer.

3. Wenn Electricität und Hydrotherapie im Stiche lassen, führt Mechanotherapie stets zum Ziele.

4. Die schweren, veralteten, auf rheumatischer Basis ruhenden, als «Ischias» betrachteten Erkrankungen werden auch durch die geschickteste Massage nicht zu Heilung gebracht; es muss nebenbei rationelle Heilgymnastik angewendet werden.

Medicinische Aphorismen.

(Uebersetzt von Dr. B. Kallmeyer).

(Schluss).

III.

1) Es wäre sehr nützlich, wenn der Arzt im Krankheitsfalle sich die Mühe nehmen würde, seine eigene Krankengeschichte zu schreiben. Diese Selbstbeobachtung würde ein Interesse bieten, wie keine andere und uns unterrichten über die Authenticität der objectiven und subjectiven Phänomene vom Standpuncte der Pathologie und der Therapie und über die Verkettung der verschiedenen Facta untereinander.

2) Nur ein einziges Mittel, — das ist das Ideal der Behandlung; die grösste Zahl von allen nur möglichen Vorsichtsmaassregeln — dasjenige der Diät.

3) Während der Periode des Fortschreitens einer acuten Krankheit muss man sich vornehmlich an die Causalbehandlung halten. Im Stadium der Krisis oder der Entfieberung dagegen soll man die physiologische Therapie anwenden.

4) Die ganze Welt ist nur eine grosse Apotheke; die Schwierigkeit besteht darin, für jede Erscheinung ihre therapeutische Indication zu finden. Ebenso ist derjenige Arzt der nützlichste welcher am meisten praktische Kenntnisse besitzt und welcher es versteht, im gegebenen Falle zu ebenso wirksamen als unerwarteten Mitteln seine Zuflucht zu nehmen.

5) Vergiss nicht, dass die moderne Medicin jetzt die Ideen von vier Männern ausnützt: **Priessnitz**, **Messmer**, **Hahnemann** und **Raspail**, welche man ehedem als Kurpfuscher betrachtet hat! Welche Lehre für die Tadler der neuen Theorien!

6) Die beiden in der Therapie angewandten Methoden entsprechen den beiden Auffassungen der hippocratischen Medicin. Betrachten wir nämlich die Medicin als eine «Kunst, nach dem von der Natur vorgeschriebenen Beispiel zu heilen,» so ahmen wir nur dieser letzteren nach. Sehen wir sie andererseits als eine Kunst an «durch Gegensätze zu heilen,» so verwenden wir cosmische Factoren in einem Sinne, welcher dem Krankheitserreger entgegengesetzt ist.

7) Die ganze Kunst der Therapie besteht also darin: einerseits der lebendigen Natur nachzuahmen und andrerseits den Einfluss cosmischer Factoren der vitalen Function anzupassen.

8) Viele chronische Affectionen, und selbst die allerschwersten, heilen in der Art, wie ein durch Verschwendung eingeschmolzenes Vermögen sich wieder ansammelt; d. h. durch einen strengen Haushalt. Am häufigsten genügt eine weise und gut geleitete Hygiene um dort zu heilen, wo die stärksten Mittel nicht helfen konnten.

9) Der Aderlass, welcher durch Uebertreibung der Praktiker und durch das Entsetzen der Theoretiker in Ungnade gefallen ist, wird wieder in Schwung kommen, und zwar von selbst durch den Lauf der Dinge. Gebe Gott, dass diese Rückkehr nicht von einer neuen unverdienten Discredition gefolgt sei.

IV.

1) Der äussere Habitus des Masturbators von Geburt bietet bei jungen Leuten keine besonders charakteristischen Merkmale dar. Er erinnert allenfalls an den eines Phthisikers, welcher nicht hustet. Aber bei jungen Mädchen ist das Gesicht blass und zusammengezogen, die Augen ohne Glanz, das Aussehen apathisch, der Geist abwesend. Sie sind für höfliche Complimente unempfindlich, vermeiden die Gesellschaft ihrer Genossinnen und besitzen gar keine Gefallsucht.

2) Man sollte die Ehe jedem veralteten Masturbator strengstens untersagen, sei er erblich belastet oder nicht, sei er männlichen oder weiblichen Geschlechtes; und das im Interesse seiner eigenen Person, im Interesse der anderen Ehehälfte, im

Interesse der Kinder, welche entstehen könnten und der Gesellschaft im Allgemeinen.

3) Die spontanen Samenergüsse im Mannesalter erschöpfen die cerebrale Energie; aber die Spermatorrhoe bei Jünglingen zeigt schon eine erhebliche cerebrospinale Schwäche an.

4) Bei den Personen von apoplectischem Habitus und robuster Constitution besteht die Gefahr sich in vorgerückterem Alter zu verheirathen nicht in dem etwa vorhandenen Feh'en der localen genetischen Energie — denn sie bleiben potent und fruchtbar — sondern darin, dass sie unaufhaltsam das Erscheinen ihres apoplectischen Insultes beschleunigen.

5) Nichts ist häufiger, als die frühzeitige Impotenz der Makrophallen, (μακρὸς und φαλλὸς-penis) wenngleich ihre genetische Potenz sehr vollkommen ist; denn sie sind erschöpft durch Excesse in der Jugend. So versäumen sie denn nicht, einmal verheirathet, zuerst Greise und dann Invaliden zu werden. Ovid war ein Beispiel dieser Art von Impotenz.

V.

1) Die Gefrässigkeit beim Säuglinge beruht entweder auf einer Magenreizung oder auf der schlechten Qualität der Milch, welche er saugt. Die quantitative Insufficienz der Milch verursacht nicht Gefrässigkeit, wohl aber Hunger.

2) Sind die Schneidezähne der ersten Dentition «serrulées» oder mit feinen und spitzen Zacken versehen, so ist das ein schlechtes Zeichen; behalten sie während der zweiten Dentition dieses Aussehen, so ist das von noch schlechterer Prognose: solches kündigt späteres Kranksein durch Insufficienz der mineralisirenden Kraft des Organismus an. Sind aber diese Zähne «crestiformes» oder mit seltenen und warzenförmigen Zacken versehen und die Knochen gleichzeitig fest und stark und die Fontanellen frühzeitig verwachsen, so verspricht das eine herkulische Constitution.

3) Im Allgemeinen gilt folgende Regel: Ist ein Kind traurig, so leidet es an Kopfschmerzen; ist es aufgeregt, so hat es Leibschmerzen; ist es somnolent, so hat es Kopf- und Leibschmerzen.

4) Ist ein Kind kränklich und blass, so prüfe seine Lippen: sind sie gewöhnlich roth, so hüte dich ihm innerlich tonische Mittel zu verordnen. Es ist möglich, dass du, wenn du solche giebst, dir anfangs dazu gratuliren wirst, bald aber wirst du es bereuen.

5) Die Frau kann einen eigenthümlichen krankhaften Zustand darbieten, welcher in den Annalen der Gelüste noch nicht verzeichnet ist: das ist die Mastomanie oder der Sensualismus der Lactation. Diese Mastomanie kommt nicht selten vor bei den unehelichen Müttern, bei Wittwen oder bei Frauen, welche vollständig getrennt von ihrem Manne leben. Sie verbergen dieselbe unter dem Anschein einer tiefen Hingabe für das Kind. Die Mastomanie ist eine Verirrung, entstanden durch eine Art Metastase oder Uebertragung von wollüstigen Gefühlen aus dem Abdomen in den Busen. Besteht einmal die Neigung dazu, so versäumt weder Mutter noch Kind sich dabei zu entkräftigen. Es ist also von Wichtigkeit, dass der Arzt hier, wie überall scharfsinnig, bestimmt und verschwiegen sei.

6) Eine Wohnung nach der Sonnenseite, Reinlichkeit der Haut, dreissig Gramm Ricinusöl im Schrank, das sind die Cardinalbedingungen einer guten Hygiene des Kindesalters.

7) Kinder sind wie Völker: sie klagen immer mit Recht, selbst dann, wenn sie nicht wissen, weshalb sie klagen.

Referate.

A. Stoll: Klinische Studien über den Gelenkrheumatismus. (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 53, Heft 1.)

Verf. hat mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie und der Complicationen das aus 572 Fällen bestehende zehnjährige Material der Züricher Klinik durchgesehen. Die interessantesten Ergebnisse dieser Arbeit bestehen in Folgendem. Zunächst liess sich, entgegen der Anschauung Edelfszens, nicht nachweisen, dass die Häufigkeit des acuten Gelenkrheumatismus sich nach der Reichlichkeit der Niederschläge richte. Als landläufige Aetiologie fungirt natürlich die allbeliebte «Erkältung». Bei genauerer Durchsicht der Krankengeschichten von 55 Dienstmädchen, welche besonders häufig erkrankt waren und deren Wohnort angegeben war, ergab es sich aber, dass 45 Fälle auf einen Häusercomplex fielen, der zu beiden Seiten der Limmat gelegen in sanitärer Hinsicht viel zu wünschen übrig lässt, womit klargelegt ist, dass der Krankheitskeim mit Vorliebe in alten, in der Regel unreinen, oft überfüllten und schlecht ventilirbaren Häusern seinen dauernden Sitz aufgeschlagen hat. Ferner waren am häufigsten jene Gemeinden vertreten, in welchen eine zahlreiche Fabrik- und sonstige Arbeiterbevölkerung unter gleichen ungünstigen Verhältnissen lebte. In 26 Fällen waren früher die Eltern krank gewesen und in 11 Fällen noch andere Geschwister, so dass der Verf. geneigt ist diesen Umstand den gleichen Localverhältnissen zuzuschreiben.

Erwähnenswerth sind auch die Resultate in Bezug auf die Dauer der hier mit Salicyl behandelten Krankheit im Vergleich zu ihrer Dauer in der salicylfreien Periode der Therapie, da es sich herausstellt, dass eine Abkürzung der Krankheit durch Salicylbehandlung kaum besteht; wohl aber scheint die Mortalitätsziffer auf ein Minimum herabgesetzt zu sein.

W. Gerlach.

Schmid-Stettin: Die Behandlung der Fracturen der unteren Extremität. (Centralblatt für Chirurgie XX. p. 32. 1893).

Die Immobilisation darf nur dann aufgegeben und dafür die Massage in dazu geeigneten Fällen nur dann angewandt werden, wenn der Kranke täglich unter ärztlicher Aufsicht sich befindet; im anderen Falle ist es richtiger und besser, nicht zu lang dauernde Immobilisation unter allen Umständen vorzuziehen.

Verf. hat seit 5—6 Jahren bei Brüchen der Malleolen, des Unterschenkels, des Oberschenkels im unteren Drittel, öfters auch bei Fusswurzelbrüchen, bei Fuss- und Kniegelenkbrüchen und bei Resectionen des Fusses die Behandlung derart eingeleitet, dass er gut sitzende Gipsverbände oder Gipshülsen anlegte, bei denen die nächstliegenden Gelenke frei blieben. Die Bruchenden können sich in solchen Verbänden nicht verschieben und die Patienten vermögen mit so sicher geschienten Fracturen schon innerhalb der ersten Woche ohne Schmerz aufzutreten und umherzugehen. Der Gipsverband wird je nach der Zeit, in der die Schwellung zurückgeht und der Bluterguss sich resorbirt, in 3 bis 6 Tagen angelegt. Nach einigen Tagen kann der Patient das Bett verlassen und umhergehen. Je nach Bedürfniss kann unter den Gipsverband ein Absatz und eine Sohle, wenn nöthig auch ein Schnürschuh angelegt werden.

Brackel.

Schuster-Aachen: Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhöhlensyphilis. (Arch. f. Dermat. u. Syphilis Bd. XXVI, Heft 2., p. 187.)

Der Standpunkt, dass die örtliche Behandlung der Nasenhöhlensyphilis nebensächlich sei, dass die Allgemeinbehandlung, indem sie die Grundursache des Leidens zu heilen trachte, gleichzeitig Heilung der örtlichen Krankheitsäusserungen bedinge, dass demnach das Verhalten der letzteren ein Leitmesser für die Dauer der Behandlung abgebe, ist unhaltbar. Verf. hat die mehrfache Beobachtung gemacht, dass bei wiederholter merkurieller Allgemeinbehandlung ohne örtliche Therapie, die Nasenhöhlenerkrankung in vollem Umfang fortbestehen blieb, während beide vereint meist in kurzer Zeit den Process zu günstigem Abschluss brachten. Auch in Fällen, wo Merkur nicht vertragen wurde, bewirkte Jodkali im Verein mit sorgfältigster örtlicher Behandlung innerhalb weniger Wochen Heilung.

Um den Sitz der Nasenaffection und ihre Ausdehnung genau zu eruiren, soll, da die Rhinoskopia ant. keinen genügenden Aufschluss giebt, die Rhinoskopia post. nie unbenutzt bleiben, die bei Anwendung von Cocain und Athmenlassen durch die Nase bei geöffnetem Munde leicht ausführbar ist. Das wichtigste Instrument ist jedoch die Nasensonde. Verf. benutzt die an beiden Enden geknöpften Sonden, die er mit Watte umwickelt zugleich als Tupfer und Wischer gebraucht. Nach gründlicher Reinigung der Nasengänge erfolgt eine Abtastung derselben mit der Sonde, durch die sich alle Unebenheiten, entblössten Knochen, schmerzenden oder vernarbten Stellen erkennen lassen. Bei Abtastung des Nasenbodens prüfe man mit dem in den Mund eingeführten Finger gleichzeitig den harten Gaumen auf seine Empfindlichkeit, da wenn solche vorhanden ist, eine Perforation des Gaumendaches nicht weit entfernt liegt.

Was die örtliche Behandlung anlangt, so ist es gut die Wundflächen mit desinficirenden Substanzen zu bedecken. Vor allem rühmt Verf. das Jodoformglycerin und die Jodtinctur, ersteres wendet er bei Flächenwunden an, letztere bei bereits nekrotisch gewordenen aber noch festhaftenden Knochentheilen.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

William Marshall: Neueröffnetes, wundersames Arzenei-Kästlein. Leipzig. Twietmeyer. 1894.

In höchst originellem, altdeutsch-humoristischem Gewande erscheint dieses Werkchen auf dem ernsten medicinischen Büchermarkt. Der volle Titel lautet: «Neueröffnetes, wundersames Arzenei-Kästlein, darin allerlei gründliche Nachrichten,



wie es unsere Voreltern mit den Heilkräften der Thiere gehalten haben, zu finden sind». Druck und Papier ahmen die Ausstattung der Bücher des XVI. und XVII. Jahrhunderts nach. In der ebenso ausgestatteten Anzeige des Verlegers heisst es von dem Büchlein, dasselbe sei «gar nützlich zu lesen denen Herren Professoren und Doctoren der Medicin, denen Herren Professoren der Thierheilkunde, denen Herren Studiosen, so sich des Studiums der Medicin insgleichen der Wissenschaft der Zoologie befleissigen oder sich dessentwegen an einer hohen Universität aufhalten, als auch in Sonderheit denen Herren Apothekern, denen Herren Thierverständigen, auch zur Belehrung für alle Leut', so irgend eine Krankheit oder Gebreste am Leibe haben oder sich's einbilden». Der Bestellzettel («Bestellzedul») lautet: «An den Buchhändler — Er kann mir das Buch schicken». — Fragen wir nach dem Inhalt des Büchlein's, so finden wir darin eine sehr fleissige und gründliche Sammlung von Angaben über die Anwendung thierischer Arzneimittel in früheren Zeiten. Der Verf., Professor der Zoologie, hat offenbar viele alte pharmaceutische und medicinische Werke durchsucht, was schon aus dem stattlichen Verzeichniss der benutzten Literatur zu ersehen ist; dasselbe enthält eine ganze Reihe alter Apothekentaxen und auch Paulini's bekannte «Neu-vermehrte heilsame Dreck-Apotheke» v. J. 1713. Durch seine mühsame Arbeit hat der Verf. einen dankenswerthen Beitrag zur Culturgeschichte, insbesondere zur Geschichte der Medicin geliefert. «Die Rolle, welche die Thiere in der materia medica unserer Vorfahren spielen, — sagt er am Eingange des Buches — ist eine merkwürdige und bedeutungsvolle und es ist ein seltsames, stellenweise humoristisch, stellenweise aber auch grauenvoll angehauchtes Stück Culturgeschichte, das wir uns beim Durchblättern alter pharmaceutischer und medicinischer Schriften in dieser Beziehung zusammenweben können. Fast nirgends tritt es uns so deutlich wie in der alten Heilmittellehre entgegen, was für ein wunderliches Gemisch der wissenschaftliche Aberglaube des XVI. und XVII. Jahrhunderts gewesen ist, und wie schwer es Gelehrten und Laien wurde mit ihm zu brechen». B.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, bearbeitet von einer grossen Reihe bekannter Fachmänner (70) herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1894.

Eine Reihe der hervorragendsten Vertreter der medicinischen Kunst und Wissenschaft hat sich zusammengethan, um einem lebhaften Bedürfnisse jedes Arztes entgegenzukommen und ein Handbuch zu schaffen, das auf der Höhe des Wissens und der praktischen Erfahrung stehend, ihm auf das ausführlichste Bescheid geben soll über die Art, über den Erfolg und über die Grenzen unseres therapeutischen Handelns. Die Existenzberechtigung eines solchen Werkes liegt auf der Hand, denn so bequem wohl in gewissen Fällen die therapeutisch-lexiconischen Schriften, Receptbücher u. d. ä. sein mögen, so ist mit der einfachen Aufzählung einer Reihe von Heilmethoden und Heilmittel dem Leser noch nicht geholfen. In dieser Beziehung verspricht das neue Handbuch neben Vielseitigkeit auch Gründlichkeit der Darstellung und soll für alle Fälle innerer Erkrankungen möglichst lückenfreien Rath ertheilen. Des weiteren sollen aber auch die der inneren Medicin benachbarten Gebiete ohne Ausnahme ausführlichst berücksichtigt werden. Wenn nun schon die weite Reihe von klangvollen Namen der Mitarbeiter dem Ganzen das Gepräge eines gross angelegten Sammelwerkes ersten Ranges verleiht, so bringen bereits die ersten Lieferungen Arbeiten, die zu den schönsten Hoffnungen berechtigen: A. Gärtner behandelt auf 111 Seiten die Verhütung der Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten; Buchner die Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmaassregeln, Binz bringt ein Tractat über die allgemeine Behandlung der Vergiftungen, Schuchardt die Behandlung der Vergiftungen mit Metalloiden und Wollner die Behandlung der Vergiftungen mit Metallen. Es folgen dann Husemann und Moeli mit der Behandlung der Vergiftungen mit Kohlenstoffverbindungen und Pflanzenstoffen und v. Heineke mit einer allgemeinen Orthopädie. Des Weiteren haben wir zu unterstreichen die allgemeine Behandlung der Infectionskrankheiten von Ziemssen, die Behandlung der Masern, Varicellen, Rötheln, des Scharlachs und der Gesichtsrose von Vierordt, der Blattern von L. Pfeiffer und der Diphtherie, des Keuchhustens und des Mumps von Ganghofner. Soviel über die ersten Lieferungen. Hinzuzufügen wäre noch, dass am Schluss jeden Abschnittes Literaturverzeichnisse beigegeben sind, die allen gerechten Anforderungen genügen. Und wenn wir die Herausgeber, die Mitarbeiter und den Verleger zu diesem neuesten Werke beglückwünschen, so sei es der Beachtung unserer Leser angelegentlich empfohlen.

Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

569 Sitzung am 1. März 1894.
Vorsitzender: Herr E. Moritz.

1. Im Anschluss an den in der vorigen Sitzung von Herrn Anders gehaltenen Vortrag über Behandlung der Scoliose demonstrirt Herr Horn einen Apparat zur Messung der Länge der Beine, derselbe ist von Möhring construirt und ist sehr bequem verwendbar bei essentieller Verkürzung der Beine.

Herr Schmitz erinnert an die unlängst von Alfred Bidder beschriebene Pelottenbandage (Deutsche Med. Wochenschrift 1893 № 52), dieselbe besteht aus Pelotten, die im schrägen (längsten) Durchmesser des Thorax gegen einander wirken. Auch bei dieser Bandage liegt die Gefahr vor, dass die Scoliose noch verstärkt wird.

Herr Horn erwähnt, dass dieselbe Gefahr auch beim Arbeiten mit dem Lorenz'schen Wolm besteht. Hoffa hat darauf aufmerksam gemacht.

2. Herr Fremmert demonstirt die von Prof. Bältz in Tokio empfohlene japanische Wärmedose, welche an die Stelle von Kataplasmen bei verschiedenen Krankheiten wie tuberkulöser Peritonitis, alter Perityphlitis, pleuritischen Schmerzen, Cholelithiasis etc. treten soll. Eine Beschreibung der Dose findet sich auf pag. 67 der St. Petersb. Med. Wochschr. Dieselbe kann aus dem Verbandwaarenmagazin von Martens hierselbst bezogen werden.

3. Herr Westphalen berichtet über einen Fall von perityphlitischem Abscess. Pat. wandte sich zuerst an den Vortragenden im Mai 1893. Damals konnte neben den Erscheinungen von Hyperacidität und Hypersecretion eine Herabsetzung der Reflexe constatirt werden. Letztere Erscheinung rief den Verdacht auf beginnende Tabes wach, da bei Tabikern neben den gastrischen Krisen Hypersecretion und Hyperacidität constatirt worden ist. Nach der Rückkehr von einer ausländischen Reise, die der Gesundheit des Pat. im Ganzen nicht viel genützt hatte gelang es W. im Verlauf von 14 Tagen durch Argent. nitricum-spülungen die Magensymtome vollständig zum Schwinden zu bringen, wobei auch die Reflexe wieder normal wurden. Am Ende des vorigen Jahres erkrankte Pat. nachdem Obstipation vorausgegangen war mit Fieber, Druckempfindlichkeit in der Coecalgegend und Blasenbeschwerden. Es wurde Perityphlitis mit peritonealer Reizung diagnosticirt. Pat. bekam Suppositorien aus Opium und Extr. Belladonnae. Opium wurde im Ganzen 0,06 verabfolgt. Am nächsten Tage waren die Schmerzen geringer, nur fielen die engen Pupillen auf. Indem nun das Fieber und die Schmerzen noch weiter zurückgingen traten andere Symptome auf: Meteorismus, Singultus, Verfall der Gesichtszüge und Kothbrechen. Es gingen keine Flatus ab. Da die Peritonitis im Schwinden begriffen war und ein anderes Hinderniss für die Fortbewegung des Darminhaltes nicht nachgewiesen werden konnte, wurde das Krankheitsbild auf die Wirkung des Opium bezogen. Letzteres hatte offenbar den durch die Peritonitis leicht paretisch gewordenen Darm ganz gelähmt. Für die Erscheinungen der completen Darmstenose sprachen jedenfalls das Kothbrechen und die auffallend starke Rosenbach'sche Reaction im Urin. Letztere tritt bei Darmverschluss und bei Kachexie infolge von Magencarcinom auf. Bei Ileus hat Vortragender mehrfach die Rosenbach'sche Reaction beobachten können. Nachdem durch Verabreichung von Castorölemulsion die Erscheinungen des Ileus zurückgegangen waren, bekam Pat. nach einiger Zeit wegen Schlaflosigkeit eines Abends eine Morphiuminjection, wonach von neuem Kothbrechen, Singultus und Rosenbach'sche Reaction auftraten, ohne Fieber und Druckempfindlichkeit. Auch diesmal vergingen alle Erscheinungen nach Ricinusemulsion. Aus dem weiteren Krankheitsverlauf werden hervorgehoben das Auftreten von Albuminurie und Harncylindern, die auf Nieren-Blasenreizung nach Application eines Blasenpflasters bezogen wurden, ferner das Auftreten von Indican wegen Kothstauung im unteren Darmabschnitt. Nach einer kurzen Zeit von relativem Wohlbefinden trat ausgehend von einem Herpes nasalis et labialis ein Erysipel im Gesicht auf, gleichzeitig wurde eine auffallende Tachycardie beobachtet, die anfangs für nervöser Natur angesehen wurde. Im weiteren Verlaufe drang das Erysipel in die Tiefe, es kam zu brettharter Infiltration der Haut. Tiefe Incisionen zeigten blos an wenigen Stellen Spuren von Eiter. Weiter traten deutliche Zeichen von Meningitis auf, die den Tod herbeiführten. Die Section brachte die Erklärung für das ziemlich complicirte Krankheitsbild. Es fand sich eine durch verklebte Darmschlingen gegen die freie Bauchhöhle abgegrenzte Höhle mit faeculentem Eiter. Als Ursache dieser Eiterhöhle wurde eine Perforation des Coecum an der Abgangsstelle des processus vermiformis festgestellt. Die beiden Lungen waren durchsetzt von einer grossen Anzahl von erbsgrossen fibrinös-pneumonischen Herden, die zum Theil vereitert waren und in denen Streptococcen vorhanden waren. Ferner fand sich: parenchymatöse Nephritis, Hirnoedem, sulzig eitrige Pachymeningitis,

die sich bis in den Wirbelkanal erstreckte, in der Magenschleimhaut sehr zahlreiche kleinste Narben. Ein feiner Bindegewebsstrang, der sich von einer Dünndarmschlinge zum Colon transversum hinzog erklärte die bei Lebzeiten auf die Opiumwirkung bezogenen Ileuserscheinungen als Folge einer Strangulation.

Es handelte sich also im mitgetheilten Fall um Sepsis infolge eines occult verlaufenden perityphlitischen Abscesses. Der ungünstige Ausgang des Falles spricht im Allgemeinen für die operative Behandlung der Perityphlitis.

Herr Moritz ist der Meinung, das im berichteten Falle wohl kaum ein Arzt im Stande gewesen wäre die Indication zu einem operativen Eingriff zu stellen. Ohne den sicheren Nachweis eines Eiterherdes könne nicht operirt werden, um so weniger. als es sich stets um circumscripte Peritonitis handelt, welche die Gefahr der Operation erhöht.

Herr Kernig macht auf die Wichtigkeit der Rectaluntersuchung in ähnlichen Fällen aufmerksam. In einem Falle, wo durch die Bauchdecken nichts zu fühlen war, konnte er per rectum den Abscess nachweisen.

Herr Beckmann hat in einer grösseren Anzahl von Fällen die Rosenbach'sche Reaction ausgeführt. Meist handelte es sich um Kranke, bei denen nach Laparotomien sich das mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Bild der Darmundurchgängigkeit ausbildete. Besonders wichtig war es die Frage zu entscheiden ob es sich blos um Ileus paralyticus, wie er nach Laparotomien zuweilen zur Beobachtung gelangt, Coprostase oder wirkliche Darmeinklemmung resp. Abknickung handele. In allen beobachteten Fällen war die Rosenbach'sche Reaction vorhanden. Dieselbe bot aber keinerlei Anhaltspunkt für die Lösung oben erwähnter Frage. Bei den Fällen mit Ileuserscheinungen wurde die wiederholte Laparotomie ernstlich erwogen, doch kam es nur einmal zu derselben. Bei dieser wiederholten Laparotomie fand sich nur eine verbreitete fibrinöse Peritonitis mit Verklebungen der Darmschlingen unter einander. Eine eigentliche Einklemmung konnte nicht nachgewiesen werden. Der klinische Werth der Rosenbach-schen Reaction ist daher nicht hoch anzuschlagen. Auch andere Autoren wie Salkowski, Ewald, Rumpel und Mester haben sich ähnlich ausgesprochen. Als Ursprungsstätte des rothen Farbstoffes, der jetzt von den meisten Autoren als Indigoroth aufgefasst wird ist wohl der Darm anzusehen. Dasselbe gilt von Indican, das sich aus dem im Darme infolge von Eiweissfäulniss entstehenden Indol durch Oxydation und Parung mit Schwefelsäure bildet. Nach den Experimenten von Jaffé soll sich Indican in grosser Menge bilden bei Dünndarm-, nicht bei Dickdarmverschluss. Vermehrte Indicanausscheidung im Urin findet man aber auch schon bei allerlei Verdauungsstörungen, auch Vertsopfung, bei welcher sich wahrscheinlich eine Rückwirkung auf den Dünndarm geltend macht. Bei ileusartigen Zuständen werden im Urin colossale Mengen Indican ausgeschieden.

Herr Westphalen hat bei chronischen Dickdarmkatarrhen, besonders der Form bei welcher Diarrhoeen mit Obstipation abwechseln, vermehrte Indicanausscheidung beobachtet, nicht aber bei Coprostasen.

Herr Dombrowski schliesst sich dem von den deutschen Chirurgen acceptirten Standpunkt an, nicht jeden Fall von Perityphlitis zu operiren. Er betont nur die Nothwendigkeit, dass der Chirurg rechtzeitig vom behandelnden Internisten bei jeder Verschlimmerung hinzugezogen wird. Plötzliche Verschlimmerungen bei anfangs gut verlaufenden Fällen sind nicht selten, bei denselben kann nur eine frühzeitige Operation helfen. Von 2 in letzter Zeit beobachteten Fällen konnte er den ersten durch Entleerung jauchigen Eiters retten, zum zweiten Pat. wurde er zu spät gerufen, derselbe ging im Collaps zu Grunde.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Am 5. September a. c. begeht der wirkl. Staatsrath Dr. med. Adolf Metzler sein 25-jähriges Jubiläum als Oberarzt des hiesigen städtischen Peter-Paulhospitals.

— Der Präsident des Medicinalraths und Chef der militär-medicinischen Academie, Prof. Dr. Paschutin, welcher gegenwärtig im Kaukasus auf Urlaub sich befindet, ist wie aus Shelesnowodsk gemeldet wird, daselbst an einer Pleuritis erkrankt, doch soll bereits eine Besserung eingetreten sein.

— Dem Professor der Zoologie an der Moskauer Universität Dr. A. O. Bogdanow ist von der Königsberger Universität gelegentlich ihres 250 jährigen Jubiläums das Diplom eines Doctor philosophiae honoris causa verliehen worden.

— Dem Oberarzt des 2. St. Petersburger Dragonerregiments Dr. S. K. Klikowitsch in Rshew, welcher zum älteren Ordinator des Militärhospitals in Moskau ernannt worden ist, wurde bei seinem Scheiden aus Rshew eine ehrenvolle Abschiedsfeier veranstaltet. Die Aerzte des Regiments überreichten auf dem Abschiedsdiner dem Scheidenden ihre photographische Gruppe und das Officierscorps, mit dem Regimentscommandeur an der Spitze, brachte ihm ein silbernes Album mit 30 Photographien der Officiere, sowie ein elegantes Receptbüchlein dar. (Wr.)

— Wie einige französische medicinische Zeitungen behaupten, hat Professor Billroth trotz seiner ausgebreiteten operativen Praxis kein Vermögen hinterlassen. Der Kaiser von Oesterreich hat daher der Wittwe des Verstorbenen eine lebenslängliche Jahrespension im Betrage von 2000 Gulden verliehen.

— Der ältere etatmässige Ordinator an der hiesigen Maximilian-Heilanstalt, Staatsrath Mejerowitsch, ist weiter bis zum 1. August 1896 in dieser von ihm bekleideten Stellung belassen worden.

— Verstorben: 1) In Tomaszow (Gouv. Lublin) der Kreisarzt Severin Michalski im 48. Lebensjahre. Der Hingeschiedene welcher seine medicinische Ausbildung an der Warschauer Universität erhalten, an welcher er im Jahre 1872 den Cursus absolvirt hatte, erfreute sich allgemeiner Liebe und Achtung. 2) In Brest-Litowsk der jüngere Arzt des 8. Estländischen Infanterie-Regiments Casimir Monjuschko im Alter von 36 Jahren an Meningitis. Der Verstorbene war ein Schüler der militär-medicinischen Academie und beschäftigte sich speciell mit Nervenkrankheiten und Elektrotherapie. 3) Im Gouvernement Samara der Landschaftsarzt Constantin Kolpin an den Folgen eines organischen Herzfehlers im 35. Lebensjahre. K. hat seit Absolvirung des Cursus an der Kasanschen Universität i. J. 1880 seine ganze Dienstzeit im Gouv. Samara verbracht. 4) In Paris der Nestor der französischen Aerzte, Dr. F. Maillot, im Alter von 92 Jahren. Der Verstorbene hat sich unsterbliche Verdienste um die Menschheit durch die Einführung des Chinins bei der Behandlung des Malariafiebers erworben. In Folge einer Polemik, die sich wegen des Gebrauchs des Chinins mit dem berühmten und allmächtigen Broussais, welcher starke Aderlässe beim Malariafieber anwandte, entspann, verlor Maillot sogar seine Stelle als Militärarzt. Es dauerte einige Zeit bis die von M. empfohlene Chininbehandlung allgemeine Anerkennung fand. Das französische Parlament setzte vor einiger Zeit dem Verstorbenen eine Pension als Nationalbelohnung für seine Verdienste aus.

— Der Fürst von Montenegro hat nachstehenden Medicinern Orden verliehen: Den Danilo-Orden I. Classe — dem Leibpädiater, Geheimrath Dr. Rauchfuss, dem Chef der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Paschutin, dem Rector der Kasanschen Universität Woroschilow und dem Rector der Warschauer Universität J. P. Schtschelkow. Den Danilo-Orden II. Classe — dem gelehrten Secretär der militär-medicinischen Academie Prof. Fürst Tarchanow.

— Der Consulant am hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. O. O. Motschutkowski welcher gegenwärtig in Odessa weilt, hat einen Schlaganfall erlitten, welcher ihm die eine Körperseite gelähmt hat.

— Gelegentlich der Jubelfeier der Universität Halle ist der Director der dortigen medicinischen Poliklinik, Prof. extraord. von Mering zum ordentlichen Professor ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.)

— In Charkow wird ein Aerzteclub gegründet. Die Statuten desselben sind vom Minister bereits bestätigt worden.

— Im Badeorte Slawjansk (Gouv. Charkow) sind wie das örtliche Badeblatt mittheilt, im Juli-Monat einige Fälle von Diphtherie vorgekommen, die nachweislich aus Rostow a/Don eingeschleppt worden ist. In Folge dessen haben von den 1400 Kurgästen 200 den Ort sofort verlassen. Später sollen keine Neuerkrankungen mehr vorgekommen sein.

— Dem Arzt der nordamerikanischen Gesandtschaft in China Dr. William Parker, ist für die erfolgreiche Behandlung eines chinesischen Würdenträgers der Titel eines Mandarins verliehen worden. (Med. Record.—Russ. Med.)

— Der verstorbene reiche Tereschtschenko hat der von der Gräfin Ignatjew gegründeten unentgeltlichen Heilanstalt in Kiew 20.000 Rbl. vermacht, deren Zinsen zur Remonte der Anstalt und zur unentgeltlichen Verabfolgung von Arzeneien verwandt werden sollen.

— In London findet alljährlich an einem bestimmten Sonntage in allen Kirchen eine Collecte zum Besten der Hospitäler statt. Die diesjährige derartige Collecte hat 42,000 Pfd. Sterling (nach dem gegenwärtigen Curs gegen 380,000 Rbl.) eingebracht.

— In Wien wird in dem Hospital «Rudolfstiftung» eine Anstalt zu Schutz-Impfungen gegen die Tollwuth nach



der Pasteur'schen Methode von der Regierung eingerichtet. Dieses Institut soll nicht bloss den der Impfung bedürftigen Einwohnern von Wien, sondern auch auswärtigen Hilfsbedürftigen zugänglich sein, und zwar vorläufig unentgeltlich.

— Behring's Diphtherieheilmittel wird jetzt von der Heilserum-Abtheilung der Höchster Farbwerke welcher Sanitätsrath Dr. Libbertz vorsteht. unter Controlle der Professoren Behring und Ehrlich hergestellt und von diesen auf seine Unschädlichkeit, sowie auf seinen heilenden Werth geprüft. Das Mittel wird im flüssigen Zustande abgegeben: 1) in Fläschchen à 5 Mark, genügend für das Anfangsstadium der Krankheit und 2) in Fläschchen à 10 Mark (doppelte Dosis) für Fälle, welche über den zweiten Krankheitstag hinaus sind.

— Die Ausgaben für die St. Petersburger städtischen Hospitäler wachsen mit jedem Jahr, so dass die Zeit nicht mehr fern ist, wo das Hospitalbudget die Summe von 2 Millionen Rbl. erreichen wird. Die alljährlichen Remonten, die Erweiterung und Vergrösserung der Hospitalgebäude belasten schwer das Hospitalbudget, welches jetzt bereits 15 pCt. des städtischen Budgets ausmacht.

— Am 30. September d. J. vollenden sich 25 Jahre seit der Gründung des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg.

— Die Examina in den medicinischen Prüfungscommissionen an den Universitäten des Russischen Reiches finden vom 1. September bis zum 1. November jeden Jahres statt. Bisher machte nur die Kasansche Universität eine Ausnahme, wo die Examina vom 20. August bis zum 20. October abgehalten wurden, weil die Schifffahrt auf der Wolga im October gewöhnlich aufhört. Nachdem aber jetzt eine Eisenbahnverbindung zwischen Kasan und den übrigen Theilen des Russischen Reiches hergestellt ist, werden künftig auch in Kasan die Examina an dem für die übrigen Universitäten geltenden Terminen stattfinden.

— Der Gutsbesitzer Safonow hat im Kirchdorfe Pikow (im Kreise Winiza, Gouv. Podolien) auf seine Kosten eine Augenheilanstalt mit 12 ständigen Betten eingerichtet. An der Anstalt ist ein Arzt, ein Feldscher und eine barmherzige Schwester angestellt.

— In Pjatigorsk wird eine unentgeltliche Heilanstalt für ambulante Kranke und ein Haus für barmherzige Schwestern des «Rothen Kreuzes» erbaut. Bis jetzt sind durch freiwillige Spenden bereits über 47,000 Rbl. zu diesem Zweck gesammelt worden. S. K. H. der Grossfürst Thronfolger hat 25,000 Rbl. beigesteuert.

— Wie das «Brit. med. Journal» erfährt, giebt es in den Vereinigten Staaten von Nordamerika bereits gegen 400 weibliche Pharmaceuten.

— Seit einiger Zeit haben im Fürstenthum Monaco alle europäischen Aerzte die Berechtigung zur Ausübung der Praxis in den Grenzen des Fürstenthums erhalten. Sie haben nur ihr Diplom und einen Revers darüber auszustellen, dass sie sich verpflichten, vom Mai bis zum October Monat in Monaco sich aufzuhalten. Das Verzeichniss der zur Ausübung der Praxis zugelassenen Aerzte wird in allen Hotels ausgehängt werden. (Progrès méd. — W.)

— Das Project der Errichtung einer medicinischen Facultät an der Odessaer Universität scheint endlich seiner Verwirklichung entgegenzugehen. Wie nämlich die «Now. Wremja» erfährt, hat der Finanzminister sich für die Errichtung und den Unterhalt der medicinischen Facultät in Odessa bereit erklärt. Ausserdem hat die Odessaer Stadtduma eingewilligt, den Platz für die Erbauung der Kliniken der neuen Facultät sowie 10 Dessjatinen Land abzutreten.

— Beachtung verdient eine in Preussen anlässlich der Vorbeugungsmassregeln gegen die Cholera erneuerte Verordnung der zufolge die Temperatur der zum Verkauf gelangenden künstlichen Mineralwässer nicht unter 10 Grad Celsius sein darf.

— In Japan, wie Prof. Ogata (Tokio) in der «Deutsch. Med. Wochenschr.» mittheilt, betrug die Zahl der Aerzte bei der letzten Zählung im vorigen Jahre 41,305, von denen etwa 1/4 eine europäische Fachbildung erhalten hat. Die übrigen 3/4 haben chinesische und zum Theil auch etwas europäische Medicin studirt. Es entfallen in Japan auf 10,000 Einwohner 12 Aerzte. Die japanischen Aerzte sind fast durchweg auch Apotheker. Die Verabreichung von Arzneien ist auch die Hauptsache in der ärztlichen Thätigkeit der japanischen Aerzte. Für die ärztliche Untersuchung würde der Japaner gewöhnlichen Schlages nichts entrichten. Ausser der Universität zu Tokio giebt es für den Unterricht noch 6 medicinische Schulen in den Provinzen, die theils von der Regierung, theils von Städten unterhalten werden. Bekanntlich war die Reform des med. Studiums in Japan von deutschen Aerzten ausgegangen und es waren ursprünglich alle Lehrstühle der med. Facultät zu Tokio mit Deutschen besetzt. Allmälig aber ist ein japanischer Gelehrtennachwuchs herangebildet worden, der in die Lehrstellen eingerückt ist. Von deutschen Medicinern wirken nur noch zwei in Japan, der Kliniker Baeltz und der Chirurg Scriba.

— In Breslau sind neuerdings zwei Fälle von Lepra tuberosa constatirt worden. Beide Fälle wurden an Arbeitern beobachtet, die aus dem Kreise Memel stammen.

— Wie einträglich die Stellen der Diener bei Aerzten mit einer ausgebreiteten Praxis sind, beweist wieder folgender Fall. Vor kurzem musste in Paris ein an der Strasse Vaurigard belegener Hausplatz welcher einem früheren Diener des verstorbenen berühmten Syphilidologen Ricord gehörte, von Sachverständigen taxirt werden. Es erwies sich, dass dieser Platz ca. 600,000 Frcs. werth ist. Und all' dieses Geld, fügt die Union médicale hinzu, hat dieser Diener beim Zulassen der Patienten zu Ricord, namentlich aber dadurch, dass er viele ausser der Reihe zuliess, verdient! (Wr.)

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg weist in den letzten Tagen wieder eine Steigerung auf. Während vom 4. auf den 5 August die Zahl der Neuerkrankungen auf 8 Personen und der Bestand der Cholerakranken bereits auf 107 Pers. gesunken war, betrug an den nächstfolgenden Tagen die Zahl der Neuerkrangen 22, 19, 31, 32 und stieg der Krankenbestand am 9. August wieder auf 120 Personen. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie (19. Juni bis zum 10. August 12 Uhr Mittags) in St. Petersburg 3846 Personen an der Cholera erkrankt, 1872 genesen und 1853 Personen gestorben. Im Gouvernement St. Petersburg sind von 24—30. Juli 210 Erkrankungen mit 98 Todesfällen vorgekommen. Was die übrigen von der Seuche ergriffenen Gouvernements anbetrifft, so stehen in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen die Gouvernements Warschau (v. 17—30. Juli 1403 Erkr. und 653 Todesf.), Kielce (10—23. Juli 1459 Erkr. und 676 Todesf.) und Radom (17—23. Juli 916 Erkr. und 445 Todesf.) an der Spitze. In Kronstadt sind vom 30. Juli—4. Aug. nur 2 Neuerkrankungen vorgekommen. In Riga ist die Cholera am 17. Juli aufgetreten und kamen bis zum 2. August dort 11 Fälle vor. Zum 8. August sind dort 18 Cholerakranke in Behandlung verblieben, Die Stadt Lodz ist ebenfalls als von der Cholera inficirt erklärt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. August d. J. 5580 (87 weniger als in der Vorwoche), darunter 315 Typhus — (7 weniger), 704 Syphilis — (21 mehr), 54 Scharlach — (3 mehr), 15 Diphtherie — (2 mehr), 31 Masern — (= d. Vorw.), 11 Pocken — (1 mehr) und 96 Cholerakranke (44 weniger).

Vacanzen.

1) Landschafts-Arztstelle im Kreise Petrosawodsk (Gouv. Olonez): Geh. 1200 Rbl. jährl. Adresse: «Петрозаводская Земская Управа».

2) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Lodeinoje Pole. Der eine Arzt, dessen Rayon 4 Gemeindebezirke umfasst, erhält 1200 Rbl. jährl., der 2. Arzt, welchem zwei Gemeindebezirke zugetheilt sind, erhält 800 Rbl. jährlich. Adresse: «Лодейнопольская Земская Управа».

3) Für den Flecken Praskoweja (Gouv. Stawropol) wird ein Arzt gesucht. Nähere Auskünfte erhält man unter der Adresse «М. М. Селятреному въ с. Прасковеѣ, Ставроп. губ.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Juli bis 6. August 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
316	257	573	116	49	104	20	9	18	48	54	43	42	34	25	8	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 12, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 84, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheu-



matismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie and Septicaemie 3. Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 109, Todtgeborene 24.

In Bad Kohlgrub, dem höchstgelegenen Mineralbad Deutschlands, herrscht gegenwärtig reges Leben, denn die Hochsaison hat begonnen. Jeder Tag bringt neuen Zuzug von Gästen aus allen Herren Ländern was den erfreulichen Beweis erbringt, dass Kohlgrubs vielfache, vorzügliche Heilfactoren und dessen herrliche, gesunde Lage in immer weiteren Kreisen Anerkennung finden. Von der Badeverwaltung geschieht das Mögliche den Gästen den Aufenthalt in dem von der Natur so bevorzugten Kohlgrub angenehm zu gestalten und unbefriedigt verlässt wohl Niemand diesen schönen Erdenfleck. Durch die stetig zunehmende Frequenz veranlasst, haben nun auch viele Ortsbewohner in ihren schmucken Häusern Privatwohnungen eingerichtet und ertheilt sowohl hierüber wie auch über alle einschlägigen Verhältnisse des Bades die Badeverwaltung Kohlgrub bereitwilligst und gratis Auskunft. Einem allgemeinen Bedürfnisse Rechnung tragend, hat die kgl. Direction der Posten und Telegraphen eine Anschlussleitung an das Bezirkstelefonnetz (München-Garmisch-Partenkirchen-Mittenwald) genehmigt und wird die Ausführung wohl nicht mehr lange auf sich warten lassen. Der hohen Post-Direction sei hiemit für die bewiesene Rücksichtnahme bester Dank ausgesprochen.

Дозв. ценз. Спб. 11 Августа 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 20. August (1. September) **1894**

Ueber die Reposition der veralteten Zeigefingerverrenkung von einem Schnitt aus.

Von

Dr. med. Paul Klemm.

Assistenzarzt der II. Abthlg. des Stadt-Krankenhauses zu Riga.

Obgleich die Zahl der in der Literatur gesammelten Fälle von Verrenkung der Fingergelenke eine beschränkte ist, so darf daraus noch nicht gefolgert werden, dass Verletzungen dieser Art überhaupt selten sind. Ein grosser Theil der gedachten Luxationen wird sicher gleich nach ihrem Entstehen vom Kranken selbst reponirt, sodass er nicht zur Kenntniss des Arztes gelangt. Erst diejenigen Patienten, die auf diese Weise nicht reüssiren, wenden sich an den Chirurgen. So sind wir gelegentlich in der Lage, Verrenkungen der Fingergelenke, und unter diesen besonders häufig solche des Daumens und Zeigefingers in Behandlung zu bekommen, die bisher allen Repositionsversuchen energischen Widerstand leisteten. Es sind ja für die Einrichtung dieser Luxationen eine ganze Reihe von Manipulationen und Instrumenten angegeben worden, die die Reposition erleichtern resp. möglich machen sollten. Ich glaube nicht, dass letztere viel leisten; kommen wir mit den gewöhnlichen Handgriffen, wie sie von Roser an der Leiche experimentell geprüft und empfohlen worden sind, nicht zum Ziel, so thun wir besser von jeglichen weiteren, gewaltsamen Versuchen abzustehen, da wir eben nicht im Stande sind, Hindernisse, die den normalen Contact der Gelenkflächen hindern, zu überwinden. Derartige Hindernisse für die Reposition bestehen, wie Roser und Lücke an der Leiche demonstriren konnten, und wie v. Bergmann, v. Zoege-Manteuffel, Lauenstein, Rose und And. am Lebenden nachwiesen, in der Interposition von Theilen der Gelenkkapsel resp. der Sehnen zwischen die Gelenkköpfe.

Die Patienten verlangen dringend von ihrem Uebel befreit zu werden, da dasselbe sie in ihrem Erwerb, besonders wenn sie der arbeitenden Classe angehören, stark schädigt. Uns stehen therapeutisch zwei Möglichkeiten offen. Wir können nach Eröffnung des Gelenkes durch Resection des luxirten Gelenkköpfchens die Deformität ausgleichen. Hierzu wird man sich wohl aber kaum früher entschliessen, bevor nicht der Versuch gemacht worden ist, das die Reposition vereitelnde Hinderniss direct fortzuräumen und dann die Einrichtung bewerkstelligen zu können. Es liegt auf der Hand, dass wir, wo es nur irgend angeht, das letztgenannte Verfahren versuchen werden, da durch dieses eine vollständige Restitution des luxirten Gelenkes wieder hergestellt werden kann, während die Resection ein Eingriff ist, bei dem die Function des betroffenen Gliedes doch stets mehr oder weniger beeinträchtigt wird.

Ich erlaube mir folgende Krankheitsgeschichte wiederzugeben, für deren Ueberlassung ich meinem verehrten Chef Dr. A. v. Bergmann bestens danke.

Schloni Schahlit 15 a. n. hat sich vor 4 Wochen durch Fall auf die linke Hand, wobei der Zeigefinger stark dorsal flectirt gewesen sein soll, eine Luxation im Gelenk zwischen I. Phalanx und Metacarpus indicis zugezogen, die allen Repositionsversuchen zum Trotz irreponibel blieb.

Status praesens: Mittelgrosser kräftiger Knabe. Der Zeigefinger der linken Hand erscheint stark verkürzt, die Grundphalanx dieses Fingers ist an der Verkürzung am meisten betheiligt. Dieselbe befindet sich in dorsal flectirter Stellung. In der Hohlhand springt das Köpfchen des Metacarpus deutlich direct unter der Haut vor, während die Basis der Grundphalanx auf dem Dorsum des ersteren palpabel ist. Die Beugesehnen sind nicht zu tasten, während die der Extensoren als deutliche Stränge vorspringen.

Activ sind im luxirten Gelenk keine Bewegungen möglich, passiv werden beim Versuch derselben heftige Schmerzen angegeben.

Da die Reposition durch Hyperextension und Flexion auch in der tiefsten Narcose keinen Erfolg hatte, so eröffnete ich sofort das Gelenk, da ein Repositionshinderniss im Sinne der Interposition von Gelenkweichtheilen zwischen die Gelenkköpfe angenommen werden musste.

Schnitt an der radialen Seite des Gelenkes ca. 6 Ctm. lang. Nach Eröffnung des Gelenkes konnte zunächst constatirt werden, dass die Flexorensehne an ihrem physiologischen Platze lag, somit das Hinderniss nicht bilden konnte.

Es zog aber von der radio-volaren Seite des Gelenkes eine derbe Membran aus, die sich zwischen beide Gelenkköpfchen geschoben hatte und diese vollständig maskirte. Es lag somit eine Interposition der radio-volaren Kapselwand vor, die dem Metacarpus von der volaren Seite her über den Kopf gezogen war, sodass letzterer unten durchschlüpfen konnte.

Ich discidirte die Falte zunächst einfach, doch es zeigte sich bald, dass dieses Debridement nicht ausreichend war. Beide Köpfchen waren in festes, derbes Bindegewebe eingebettet, sodass dieselben mit Scheere, Messer und Pincette erst sorgfältig freipräparirt werden mussten; jetzt gelang die Reposition leicht. Naht. Lagerung auf einer volaren Schiene in leicht volar flectirter Stellung.

Entfernung der Nähte am 6. Tage. I. intentio. Da Pat. dringend entlassen zu werden wünscht, so wird er mit der Weisung entlassen, sich in der Ambulanz weiterhin zur Beobachtung vorzustellen. Nachträglich hatte sich leichte Diastase der Nahtlinie eingestellt; nach 4 Wochen sah ich Pat. wieder. Die Beweglichkeit im Gelenk hatte sich bis ³/₄ der normalen Excursionsweite hergestellt, sodass zu hoffen war, dass die Function ganz zur Norm zurückkehren dürfte.

Vorliegender Fall bietet nach verschiedenen Richtungen hin Interesse: Seit dem Entstehen der Verrenkung war ein Zeitraum von 4 Wochen verstrichen, wir mussten also damit rechnen im Gelenkraum selbst, sowie in den pararticulär gelegenen Gebieten eine Reihe von Schrumpfungsprocessen zu finden, die den Erfolg der blutigen Reposition in Frage stellen konnten. Thatsächlich waren beide Gelenkköpfchen in dicke, derbe Schwarten eingebettet, die ihre Provenienz offenbar der bindegewebigen Umwandlung des ergossenen Blutes verdankten. Es bedurfte ausgiebiger Präparation, die Knorpelflächen der Gelenkenden frei zu legen, doch diese waren unverändert, sodass ein normaler Knorpelcontact wieder hergestellt werden konnte, der die physiologische Function des Gelenkes erwarten liess. Sind erst die Knorpelüberzüge der Gelenkenden zerstört, sind dieselben durch Auffaserung und Lockerung ihres Gefüges zu Grunde gegangen, so wird eine Reposition meist keinen Zweck haben, da eine Wiederherstellung der Beweglichkeit kaum zu hoffen wäre; diese Fälle wären besser der Resection zu überweisen. Starke Retraction der Gelenkweichtheile, sei es der Kapsel selbst oder der Hülfsbänder derselben, wird sich wohl stets durch ausgiebiges Debridement und sorgfältige Präparation beheben lassen, sodass diese für die Reposition keine Contraindication bilden würde.

Daraus folgt natürlich, dass je früher die Reposition ausgeführt wird, desto günstiger die Chancen für die Wiederherstellung der Function sein müssen. Es ist am zweckmässigsten die Einrichtung in tiefster Narcose vorzunehmen, falls Versuche ohne Chloroform nicht schnell zum Ziele führen. Wir halten uns dabei an die üblichen Methoden der Reposition. Die Anwendung von Instrumenten ist in der Regel überflüssig. Hat die manuelle Traction, Hyperextension und Flexion keinen Erfolg, so eröffnen wir sofort das Gelenk, um nach blutiger Forträumung der Hindernisse die Einrichtung bewerkstelligen zu können.

In unserem Falle hatte sich ein grösserer Theil der Gelenkkapsel zwischen die Gelenkköpfe interponirt. Im Falle v. Zoege-Manteuffel's[1]) handelte es sich um Einstülpung der Kapselwand nebst der Beugesehne. Rose[2]) hat in seiner Arbeit über irreponible Daumenverrenkung die maassgebenden Verhältnisse eingehend berücksichtigt. Die Art der Kapselzerreissung ist für das Auftreten etwaiger Hindernisse für die Reposition offenbar von grösster Wichtigkeit. Es werden im Moment des Zerreissens der Kapsel verschiedenartig gestaltete Lappen gebildet, die durch den negativen intraarticulären Luftdruck ins Gelenk aspirirt werden können, wo sie liegen bleiben und den normalen Contact der knöchernen Gelenktheile aufheben.

Um mich von der Anatomie und Pathologie dieses Vorganges zu überzeugen, stellte ich an 6 Cadavern Luxationen der I Phalanx des Zeigefingers in der Weise her, dass ich die Hand auf die volare Fläche legte und sie in dieser Lage fest fixiren liess. Hierauf ergriff ich den Zeigefinger in die volle Faust und drängte ihn mit einem kraftvollen Ruck plötzlich in die extremste Dorsalflexion nach hinten, wobei ich ein deutliches Krachen verspürte und die I Phalanx in die typische Luxationsstellung nach hinten gelangte. Durch ganz leichten Zug trat Reposition ein, freilich stellte eine Bewegung in der oben beschriebenen Weise die Verrenkung wieder her. Dieses Resultat hatte ich bei 5 Leichenversuchen zu verzeichnen. Der anatomische Befund war in sämmtlichen Fällen derselbe: Es war jedesmal der Theil der Gelenkkapsel, der am volaren Abschnitt des Capitulum metacarpi haftete, von letzterem abgerissen worden, sodass gewissermaassen das Metacarpusköpfchen volarwärts aus der Kapsel geschlüpft war und hierdurch die Basis phalangis auf das Dorsum des ersteren gedrängt worden war. Der abgerissene volare Kapselantheil bildete hierdurch grössere und kleinere, meist annähernd viereckig gestaltete Lappen. Die Flexorensehnen waren in sämmtlichen 6 Experimenten ulnar abgeglitten, das Metacarpusköpfchen war sehr deutlich unter der Haut zu fühlen, wo es eine deutliche Prominenz bildete.

In meinem 6. Versuch lagen die Verhältnisse etwas anders als in den oben geschilderten 5 vorangegangenen:

№ VI. Weibliche Leiche. Ueberstreckung des Zeigefingers in der oben geschilderten Weise. Es tritt Luxationsstellung ein, die allen Repositionsversuchen trotzt. Freilegung der volaren Gelenkfläche durch Fortpräpariren der Haut. Man kann sich jetzt deutlich überzeugen, dass die Kapsel von der volaren Umrandung des Capitulum metacarpi am tiefsten Punkt desselben abgerissen ist und wie eine feste, derbe Platte zwischen dem dorsalen Theil desselben und dem volaren der Grundphalanx ruht. Die Luxation reicht weit nach hinten auf den dorsalen Abschnitt des Metacarpalknochens. Hierdurch ist ein beträchtliches Klaffen des Spaltes zwischen den beiden Gelenkköpfen eingetreten. In diesem Moment ist die Kapselfalte offenbar in das Gelenkcavum geschlüpft und hierselbst eingeklemmt worden. Die Beugesehnen sind ulnarwärts abgeglitten und bilden für die Reposition kein Hinderniss.

Aus meinem letzten Versuche lässt sich zunächst folgern, dass in einer gewissen Zahl irreponibler Zeigefinger-Verrenkungen das Repositionshinderniss in der Interposition der abgerissenen volaren Kapselwand zu suchen sein wird, die sich nach Rose's Ausdruck wie ein «eiserner Theatervorhang» zwischen dem Metacarpusköpfchen und der Grundphalanx ausgespannt erhält und den normalen Knorpelcontact hindert. Es ist aus diesem Befunde ersichtlich resp. verständlich, dass bei einer solchen Lage der Dinge alle Repositionsversuche, seien sie nun manueller oder instrumenteller Natur, fruchtlos bleiben werden, da die einzige Möglichkeit der Wiederherstellung des Knorpelcontactes beider Köpfchen in der Forträumung des zwischengelagerten Hindernisses gegeben ist; diese kann aber nur auf blutigem Wege gelingen. Die anatomischen Verhältnisse der hier erwähnten Verrenkungsform sind fast die nämlichen, wie bei der vielgenannten Daumenluxation. Auch bei letzterer sind die Repositionshindernisse in der Interposition der vorderen Kapselwandfalte gegeben, wie der Rose'sche Fall, der als vollkommenes Analogen meines Operationsbefundes aufgefasst werden muss, illustirt. Ferner spielt hier aber auch die Zwischenlagerung der Sehne des M. flexor poll. long. eine gewisse Rolle für die Irreponibilität der Verrenkung, wie wir aus dem Studium einschlägiger Fälle ersehen können. Als Beispiel können die beiden

[1]) St. Petersb. med. Wochenschr. 1889 № 49.
[2]) Deutsch. Ztschft. f. Chirurg. XXXI.

Krankengeschichten irreponibler Daumenluxationen v. Bergmanns[3]) dienen. Dass auch für die Zeigefingerverrenkung die Einklemmung der Beugesehnen in Frage kommen kann, lehrt die schon erwähnte Beobachtung v. Zoege-Manteuffel's.

Es ist entschieden von Werth schon vor der Operation einer irreponiblen Daumen- resp. Fingerverrenkung die genauere Diagnose der Natur des Repositionshindernisses zu stellen, da bei Interposition der Sehnen allein die manuelle Einrichtung doch noch gelegentlich gelingen könnte, während bei Zwischenlagerung einer Kapselfalte das Heil wohl stets in der möglichst frühzeitigen blutigen Freilegung der Gelenkhöhle zu suchen sein wird. Lauenstein[4]) und Rose haben aus ihren Beobachtungen versucht diagnostische Anhaltspunkte zur differentiellen Diagnose zu gewinnen.

So dankenswerth Fingerzeige in dieser Richtung ja nun auch sind, so ist es für den schliesslichen praktischen Erfolg doch gleichgültig, ob Sehnen oder Kapselfalten die Reposition vereiteln. Wir versuchen letztere eben in der erwähnten Weise zu vollführen, wobei wir die einzelnen Manöver den supponirten Verhältnissen im speciellen Falle anpassen können. Ist kein Erfolg zu verzeichnen, so ist es immer sicherer und schonender zum Messer zu greifen, als durch forcirte Versuche eine Schädigung des Gelenkes zu bewirken.

Welcher Schnitt zu wählen ist, wird ja wohl von den Verhältnissen im gegebenen Falle abhängen. Ich konnte mich von einer einzigen Incision, an der radialen Seite des Gelenkes, aus sehr gut orientiren und die pathologischen Veränderungen innerhalb desselben deutlich übersehen, sodass diese Schnittführung wohl empfohlen werden kann. Doch wie man auch operire, die Hauptsache bleibt, das aseptische Verhalten der Wunde durchzuführen, da nur eine schnelle Heilung, in deren Gefolge passive Bewegungen und Massage des Gelenkes vorgenommen werden sollen, die Hoffnung auf Wiederherstellung der normalen Gelenkfunction gewähren kann.

---

[3]) Langenbecks Arch. B. 43 pag. 1.

[4]) Deutsch. Ztschft. f. Chirurg. B. 28.

Referate.

J. Boas: Zur Kenntniss der mechanischen Insufficienz des Magens. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 28).

Bereits Naunyn hat in seiner Abhandlung: «Ueber das Verhältniss der Magengährungen zur mechanischen Mageninsufficienz» das Verhältniss zwischen Magengrösse und mechanischer Magenleistung berücksichtigt und betont, dass dieselben sich keineswegs immer decken; nicht jeder weite und tiefstehende Magen leidet an mechanischer Insufficienz, so wenig ist auch jeder an mechanischer Insufficienz leidende Magen erweitert und tiefstehend. Verf. meint, dass man sich von dem traditionellen Begriff «Magenerweiterung» völlig lossagen müsse und nur von verschiedenen Graden der mechanischen Insufficienz des Magens sprechen dürfte. Die leichten und schweren Formen der mechanischen Insufficienz sind streng von einander zu trennen; sowohl die Prognose, als auch die Therapie sind bei beiden sehr verschieden. Die Erkennung der betreffenden Formen geschieht nach B. durch folgenden Versuch. Der Patient erhält Abends 8 Uhr ein sog. Probeabendessen (kaltes Fleisch, Weissbrod, Butter, eine grosse Tasse Thee); später darf nichts mehr genossen werden. Der normale und leicht atonische Magen pflegt diese Mahlzeit während der Nacht vollständig auszutreiben; bei starker Herabsetzung der Motilität dagegen bleiben Rückstände liegen und können am anderen Morgen ausgehebert und untersucht werden. Zeigt der Magen constant derartige Speisereste, die gewöhnlich in Zersetzung begriffene Massen darstellen, so liegt die schwere Form der motorischen Insufficienz vor. Ist der Magen dagegen leer, so ist er entweder sufficient oder, falls die Leube'sche Probemahlzeit eine Ueberschreitung der normalen Verdauungszeit angiebt, in geringem Grade insufficient, mit anderen Worten, es liegt dann der erste Grad der mechanischen Insufficienz vor, den B. als «Myasthenie» bezeichnet. Der Verlauf dieser Myasthenie ist ein exquisit chronischer; es treten die Symptome der chronischen Dyspepsie auf (Druck, Völle, Aufstossen, Sodbrennen, Stuhlverstopfung), mit der Zeit kann es auch zum Erbrechen kommen; das Erbrochene zeigt aber niemals Zersetzungsproducte, keine Gasgährung, daher auch keine Dreischichtung, Sarcine und Hefe sind nicht nachzuweisen; die Diurese ist nicht gestört, niemals findet man wie bei den schweren Formen der mechanischen Insufficienz eine Urinverminderung bis auf 400—500 Ccm. in 24 Stunden. Der Ernährungszustand leidet zwar in mehr oder weniger hohem Grade, doch kommen schwere Consumptionszustände nicht vor. Die Prognose der Insufficienz ersten Grades ist erheblich günstiger, als die der schweren Form; bei zweckentsprechender Behandlung kann Heilung eintreten. Bei Insufficienz zweiten Grades werden Heilungen viel seltener beobachtet, auch kommen dabei häufig Complicationen vor, gegen welche wir machtlos sind (Inanition, Lungenphthise, Tetanie etc.). Was die Behandlung betriffs, so gilt für beide Formen das Princip der Magenentlastung; die Zufuhr von Flüssigkeiten muss beschränkt werden. Bei Insufficienz zweiten Grades müssen Kohlenhydrate und Fette soweit als möglich eingeschränkt werden, weil leicht Gährungen stattfinden; dagegen können Kranke mit Insufficienz ersten Grades diese Nahrungsstoffe selbstverständlich in geeigneter Form sehr gut vertragen. — Was die Magenausspülungen anlangt, so sind dieselben bei der Myasthenie durchaus nicht indicirt, mindestens überflüssig, man kommt mit medicamentösen Mitteln sowie mit hydrotherapeutischen Maassnahmen (daneben Massage, Faradisation) ganz gut zum Ziel. Umgekehrt sind Spülungen bei den Insufficienzen zweiten Grades nicht allein indicirt, sondern fast immer durchaus nothwendig, auch die antifermentative Behandlung der Gasgährung ist von grossem Nutzen, namentlich ist die Salicylsäure ein kräftiges Magenantisepticum. Sinkt die Diurese wesentlich herab, so ist die Wasserzufuhr per Rectum anzustreben; auch kann zuweilen die Rectalernährung indicirt sein.

Abelmann.

Caselli-Genua: Ueber Knochennaht mit versenkten Metallnähten. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1894. Nr. 14, p. 331).

Unter den Brüchen, die die Knochennaht nothwendig machen, sind diejenigen der Kniescheibe und des Olecranon ulnae die hauptsächlichsten. C. empfiehlt nun als Nahtmaterial zur Fixirung und Annäherung der Fragmente Silberdraht zu nehmen. Ein solcher reiner versenkter Silberfaden verbleibt ohne Schaden im Knochen und heilt reactionslos ein.

Verf. hat nur in 2 bis 3 pCt. seiner Fälle es nöthig gehabt den Faden zu entfernen und zwar entweder weil Knochen mit kleinem Durchmesser nicht genügende Callusmasse zur Einheilung des Fadens gebildet hatten oder weil Eiterung vorhanden war.

Die ausserordentliche Nützlichkeit einer metallischen Verbindung dislocirter Knochenfragmente ergiebt sich von selbst, desgleichen die Möglichkeit dieselbe bei den verschiedensten Formen von Knochenverletzungen, sowohl bei frischen wie alten, bei traumatischen wie operativen in Anwendung zu bringen.

Brackel.

M. Sanchez Herrero (Madrid): Abortive Behandlung von Unterleib-Typhus. (La France méd. № 14).

Verf. lässt wie Peter eine Autotyphusinfection, eine typhöse Ansteckung auf intestinaler Grundlage zu. Daher eine Desinfection des Intestinaltractus als erste Maassregel anzuwenden. Zur Realisirung der letzteren giebt er ein Mal, auf nüchternen Magen am Morgen Ol. Ricini 30 Grm., Essent. terebinth. 10 Grm.; nach Einnahme dieser Mittel erfolgen reichliche, foetide Stühle, die sich im Laufe von 24 Stunden 3—5 Mal wiederholen; darauf erfolgt ein Fallen der Körpertemperatur, Verf. giebt darauf während 2—3 Tage jodoformirte Kohle nach der Formel von Heayem und des Abends 1 Grm. Chinin sulf., wodurch die niedrige Körpertemperatur anhält. In allen den Fällen, wo diese Art der Behandlung in den 5 ersten Tagen eingeleitet war, trat die Convalescenz vor dem 10. Tage ein.

Grimm.

H. Dauchez: Ueber die Dauer der vaccinalen Einwirkung und die Ursachen des Misserfolges der Revaccination. (La France médicale. № 15, 1894).

Bei 77 Revaccinationen, die mit Hilfe von aseptischen Vorsichtsmaassregeln unternommen wurden (Abwaschung, Abreibung des Arms mit Eau de Cologne bis Röthung eintritt und Verband mittelst einer Binde von salolirter Gaze oder mit Verbandwatte welche mittelst Heftpflaster befestigt wurde) entwickelten sich in 26 Fällen eine oder etliche Pusteln. Die Misserfolge konnten auf folgende 3 Ursachen zurückgeführt werden: 1) auf Revaccinationen die 2, 3, 4, 5, 6, 8, 20, 24 Jahre zurück mit Erfolg ausgeführt waren (8 Fälle); 2) auf Revacci-

nationen die bei 3 Personen gemacht wurden, welche vorher die wirklichen Pocken gehabt hatten; 3) bei 2 Kindern von weniger als 10 Jahren und einem Mädchen von 11 Jahren muss die Revaccination als zu früh ausgeführt betrachtet werden. Der Misserfolg bei 37 Fällen ist wohl nur durch die individuelle Eigenart der betreffenden Person für Wiedererkrankungen zu erklären. Verf. betont die Methode der aseptisirenden Maassregeln und giebt den Rath in Schulen etc. alle 5—10 Jahre die Kinder zu revacciniren. Grimm.

Andree Coccherelli-Parma: Ueber die Indication und Operationsmethoden der Gastrostomie. (Berliner klin. Wochenschrift. 1894. № 17. p. 403).

C. hält die permanente Gastrostomie nur bei Stenosen des Oesophagus innerhalb des Thorax in Folge Neoplasmen für anwendbar, während in Fällen von narbiger Strictur die Dilatation am Platz ist. Er hat in 16 Fällen von Carcinoma oesophagi oder Carcinoma cardiae die Gastrostomie ausgeführt und 13 Mal Erfolg gehabt; in 3 Fällen trat der Tod direct anschliessend an die Operation in Folge von Collaps, Marasmus und Krebscachexie nach kurzer Zeit ein — ein Zeichen, dass der Eingriff viel zu spät unternommen war. Die übrigen 13 Fälle betrafen Patienten, die noch einige Monate, sogar 2 Jahre nach der Operation am Leben geblieben waren. Für die Erzielung eines guten Resultates ist folgendes maassgebend:

1. Die Erfolge sind um so besser, je frühzeitiger der chirurgische Eingriff stattfindet, wenn die Diagnose Carcinom gestellt worden ist.

2. Es ist weniger Gefahr vorhanden, wenn die Operation zu zwei Zeiten, statt in einer, vorgenommen wird.

Die Gastrostomie ist nicht schwierig, wenn sie nach bestimmten Regeln ausgeführt wird, allerdings zeitigt sie auch Gefahren, die sich zweifacher Art ereignen können; einmal im Collaps, das andere Mal in einer Peritonitis, letztere wird namentlich eingeschränkt, wenn man in zwei Temps operirt.

Bei der Besprechung der Operationsmethoden zieht C. das Hahn'sche Verfahren vor, das er in gewisser Weise modificirt hat. Er unterlässt die Laparotomie und macht nur einen ausgedehnten intercostalen Schnitt in der vorderen Axillarlinie, und zwar derart, dass der Schnitt genau entsprechend dem VII. Intercostalraum zu liegen kommt. Die Haut lässt sich leicht ablösen, sodass sie leicht nach unten gebracht werden kann. Den Intercostalmuskel und das Bauchfell durchschneidet C. sodann im VIII. ICR. Ist der Magen gefasst, so isolirt C. hinten die VIII. Rippe, sodass er die Magenfalte unter ihr hervorziehen und an die Gewebe befestigen kann. Nachdem nun die Haut losgelassen, zieht sie sich auf ihren normalen Platz zurück, worauf dann daselbst der Magen mit ihr durch eine doppelte Reihe von Suturen vereinigt wird.

C. schafft durch diese Methode eine Klappe in der Magenwand, die das Austreten von Mageninhalt aus der Fistel verhindert.

Die Eröffnung des eingenähten Magens geschieht nach 5 bis 6 Tagen. Die durch die Fistel applicirte Nahrung wird stets mit 2 bis 3 gtt. Salzsäure versetzt und gleichzeitig dem Patienten ein wenig Nahrung in den Mund zum Kauen gegeben. Brackel.

Pierre Marie et Louis Gerlain: Heilung von Myxoedem durch Genuss von gland. thyreoid. vom Schaf und Erscheinungen die im Laufe der Behandlung eintreten können. (La France médicale 1894. Nr. 7).

Es unterlag der Behandlung eine Dame, die seit 8 Jahren krank war und bei der das gen. Leiden einen hohen Grad der Entwickelung erlangt hatte. — Am 19 Nov. 5 Uhr Nachmittags wurde die erste Gabe (4 Lappen oder 2 Schafs Thyreoid. Drüsen) genommen; am nächsten Tag stieg die Körpertemperatur auf 38° (sie war früher 37—37,5°) und blieb einige Tage auf dieser Höhe Morgens und Abends; die Diurese retablirte sich, es trat Gefühl von Ameisenkriechen in den Beinen (einige Stunden nach dem Genuss) und Schlaflosigkeit auf (Nacht vom 19.—20. Nov.); 21. Nov. dieselben Erscheinungen; 22. Nov. nur 1 Lappen der Drüse genommen, Puls 102; die Besserung ist schon bemerkbar. In den darauf folgenden Tagen trat grosse Schwäche ein, so das Pat. das Bett hüten musste, die allgemeinen Schmerzen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen wurden sehr stark, geringer Eiweissgehalt des Harns — so dass das Mittel ausgesetzt wurde. Dennoch dauerten die stürmischen Erscheinungen bis zum 5. Dec., wo eine Besserung eintrat. Am 21. Dec. fing man wieder mit dem Genuss der Drüse an (1 Drüse alle 2 Tage); nach dem Genuss von 3 Drüsen: Kopfschmerzen, Schmerzen in den Beinen, Anorexie und Schlaflosigkeit, Puls 95, Temp. 37—37,5°. Wieder Aussetzen der Behandlung, welche erst am 11. Januar 1894 wieder aufgenommen wurde und zwar mit ¾ Lappen alle 5 Tage. Keine stürmischen Erscheinungen; Pat. wird vollkommen gesund. — Verf. machen den Vorschlag, das Mittel folgendermaassen zu bereiten: es wird ein frischer Thyreoid. Lappen genommen, derselbe wird in einer Schaale in kleine Stücke geschnitten (sollten Cysten im Lappen sein, so ist derselbe nicht zu verwenden), auf diese geschnittenen Stücke giesst man heisse Bouillon und lässt den Kranken das Mittel so bereitet geniessen. Grimm.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. L. Hoorweg: Die medicinische Elektrotechnik und ihre physikalischen Grundlagen. Russische Uebersetzung von Dr. med. A. Ssamoilow. Mit 77 Abbildungen im Texte. St. Petersburg, Verlag von Ricker. 1894. 162 pag. Preis 1 Rbl. 20 Kop.

Von den mehrfach in jüngster Zeit auf dem deutschen Büchermarkte erschienenen Compendien der medicinischen Elektricitätslehre unterscheidet sich das Hoorweg'sche Buch kraft der Anordnung und Behandlung des Stoffes, sowie seiner theilweise vom bisher Giltigen abweichenden Lehren wesentlich und vortheilhaft. Sein Hauptzweck ist die Darlegung der wissenschaftlichen Grundlagen der Elektrodiagnostik und -therapie, um hierdurch eine rationelle Weiterentwickelung dieser Disciplinen zu ermöglichen. In knapper und doch durchaus verständlicher Weise behandelt H. in den drei ersten Capiteln die Hauptgesetze des Magnetismus, der statischen Elektricität, des Galvanismus, schliesst hieran einen Abschnitt über Elektricitätsmessung, und entwickelt im Capitel über die Wirkung der Elektricität auf den menschlichen Körper u. A. seine bereits in früheren Publicationen dargelegten Anschauungen über Elektrophysiologie, speciell seine Zuckungsformel, welche von dem bisher giltigen Gesetze wesentlich abweichen. Es folgt eine Besprechung der modernen elektromedicinischen Apparate und schliesslich im 7. Capitel die Erörterung der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Methoden. Neu ist hier die Beschreibung des Hilte'schen Elektrodynamometers zur Messung faradischer Ströme sowie die ebenfalls anderwärts schon veröffentlichte Methode der elektrodiagnostischen Untersuchung. H. hat nämlich in die gebräuchlichen Apparate einen Condensator eingeschaltet, welche Combination die grossen Vortheile gewährt, dass man gänzlich unabhängig ist von dem Leitungswiderstande des menschlichen Körpers und von der Art der Elektroden, und dass, bei Angabe der Capacität der angewendeten Condensatoren, durch die Hoorweg'sche Formel die Resultate verschiedener Beobachter zu verschiedenen Zeiten direct vergleichbar sind. An das Inhaltsverzeichniss schliesst sich eine Preisliste der bedeutenderen Firmen für elektromedicinische Apparate in Deutschland (Hirschmann, Braunschweig, Edelmann) und in Holland (Kagenaar, Kipp u. Söhne). — Die russischen Collegen werden dem Uebersetzer des interessanten Büchleins Dank wissen Die Ausstattung ist eine tadellose. Michelson.

C. Breudel: Der Alkohol, ein Völkergift. Vortrag. Verlag v. J. F. Lehmann in München. 1894.

Verf., Mitglied des deutschen Vereins gegen Missbrauch geistiger Getränke, führt in seinem Vortrag aus, dass der Alkoholmissbrauch, wie überhaupt der Alkoholgebrauch, in dem Maasse, wie derselbe die Gesundheit des Individuums schädigt, auf das Bestehen und Gedeihen des Nachwuchses von Einfluss ist. Durch die von Generation zu Generation zunehmende Schädigung lebenswichtiger Organe wird die Lebensenergie derselben geschwächt und die Minderwerthigkeit derselben vererbt. Statistische Aufzeichnungen beweisen, dass die Hälfte der Kinder, deren Eltern Trinker sind, in den ersten Lebensjahren an Lebensschwäche sterben. Alsdann wirft B. ein Streiflicht auf die socialen Verhältnisse, in denen die Alkoholfrage eine grosse Rolle spielt: die Zunahme der Trunksucht geht Hand in Hand mit einem nicht zu leugnenden Rückgang in ethischer Beziehung; die Verbrechen mehren sich, ebenso wie die zunehmende Frequenz schwerer Störungen der Gehirnfunction zum grossen Theil dem Abusus alkoholis zuzuschreiben ist. Lingen.

F. Schlichter: Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. Wien. Verlag von J. Safár. 1894.

Die Ammenfrage ist keine den modernen Bedürfnissen unseres Culturlebens entsprungene, sondern hat schon im grauen Alterthum ihre Anhänger und Gegner gefunden, wie aus manchen Aussprüchen der Classiker hervorgeht. Ganz absprechend äussert sich Luther, indem er sagt: «es ist unfreundlich und unnatürlich, dass eine Mutter nicht ihr Kind stillet, denn dazu hat ihr Gott die Brüste und Milch darinnen gegeben um des Kindleins willen». — Verf. vertritt den Standpunkt, dass nur die Quantität der Milchabsonderung für die Ernährung des Kindes von Bedeutung ist und nur diese ist



bei der Prüfung der Tauglichkeit einer Amme ausschlaggebend, auf das Quale der Milch kommt es nicht an. In der Zusammensetzung der Milch ein und derselben Amme zu verschiedenen Tageszeiten finden sich in dem Fett- und Eiweissgehalt so ausserordentliche Differenzen, wie sie sich in der Zusammensetzung der Milch verschiedener Ammen nicht so leicht finden. Ebenso wie der Säugling die Differenz in der Zusammensetzung der Milch ein und derselben Amme verträgt, so gedeiht derselbe auch beim Genuss der gewiss verschiedenartigen Milch verschiedener Ammen. Im Wiener Findelhaus gediehen Kinder, welche aus praktischen Gründen (Erkrankung an Ophthalmoblenorrhoe) separirt und mindestens wöchentlich einem Ammenwechsel unterzogen wurden, besser als Pfleglinge, welche constant von einer Amme gestillt wurden. Das Sinken des Gehaltes der Milch an festen Substanzen unter die gewöhnliche Norm documentirt sich auf den ersten Blick makroskopisch durch abnorme Farblosigkeit, findet sich jedoch sehr selten (Verf. hat unter 10,000 keinen Fall gefunden). Der Einwand, dass ein Kind bei einer Amme gedeiht, bei einer andern nicht, schliesst einen scheinbaren Widerspruch in sich. Kommt z. B. ein Kind bei einer Amme, die ausserordentlich viel und gehaltreiche Milch hat, nicht fort, gedeiht aber bei einer, die stoffärmere sog. schlechtere Milch hat, so trägt nicht die Qualität der Milch die Schuld, sondern das Kind bekam bei der ersten Amme zu viel. — es lag an der mangelhaften Anpassung der Eigenschaften des Kindes an die Eigenschaften der Brust der Amme. Daher ist in fraglichen Fällen eine chemische Untersuchung der Milch vorzunehmen und nach dem Resultat dieser die Zahl der Mahlzeiten anzugeben. Ein weiterer Abschnitt handelt von der Untersuchung der Quantität der Milchsecretion und enthält verschiedene Anhaltspunkte, welche den untersuchenden Arzt bei der Wahl einer brauchbaren Amme leiten sollen. Die Forderung eines bestimmten Alters, eines bestimmten Zeitpunktes der Entbindungen etc. fällt mit dem Nachweise, dass selbst grosse Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch bei genügender Quantität auf das Gedeihen des Kindes keinen Einfluss ausüben, oder wenigstens von keiner grossen Bedeutung sind. Seit dem Termin der letzten Entbindung sollen nicht weniger als 6 Wochen und nicht mehr als 5 Monate verstrichen sein. Die Differenzen zwischen der Milch während und nach der Menstruation sind so gering, dass dieselben auf das Befinden des Kindes von keinem Belang sind. Ausnahmsweise indicirt dauernde Verminderung der Milchsecretion während oder nach der Menstruation einen Ammenwechsel.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 17. Januar 1894.

Herr Kieseritzky verliest seinen Schlussbericht über die Cholera in der Stadt im Herbst 1893. (Der Bericht ist in der Petersb. med. Wochenchrift publicirt worden).

Herr Prof. Körber, der mit Cholera-Kranken und auch mit Gesunden in der durchseuchten Gegend der Stadt vielfach in Berührung gekommen ist, theilt seine dabei gewonnenen Erfahrungen über die Verbreitungsweise der Epidemie mit. Im Grossen und Ganzen hält er die Cholera-Epidemie vom Jahre 1893 für eine sog. Wasser-Epidemie, d. h. die Infection hat zum grössten Theil durch das Wasser stattgefunden (Brunnen- und Embach-Wasser). So führt er einen Fall an, wie ein Brunnen in der Neu-Strasse № 18 inficirt worden sei; in dem Hause lebte ein Cholera-Kranker, und die Anverwandten deponirten die flüssigen Dejectionen auf den Hof in der Nähe des Brunnens, in dem Glauben, nur geformte compacte Stuhlmassen gehören in den Abort; der Brunnen wurden inficirt, es erkrankten sehr bald 8 Menschen. In Betreff der Prädisposition, warum der Eine erkrankt, der Andere nicht, die doch unter gleichen Bedingungen und gleichen Verhältnissen leben, spricht sich Prof. Körber dahin aus: es habe sich nämlich gezeigt, dass Menschen, die vor Kurzem ihren Aufenthaltsort geändert haben, mehr zur Infection disponiren, ferner erkranken schwächliche kränkliche Personen leichter (ein Kind, das an Stickhusten litt, erkrankte sofort): der Vater dieses Kindes, ein Säufer, bleibt gesund, weil er absolut kein Wasser trinkt; eine Pflegerin, die viel mit Cholera-Kranken zu thun hat erkrankt nicht, weil sie nur gekochtes Wasser trinkt. In einem anderen Zimmer dieses Hauses liegen 7 schwere und 8 leichte Erkrankte, diese sind nicht als von Person zu Person inficirt anzusehen, sondern sie haben Wasser aus dem Brunnen getrunken, in dem reichlich Cholera-Bacillen nachgewiesen werden konnten.

(Herr Prof. Körber wird demnächst eine ausführliche Arbeit über die Cholera-Epidemie in Dorpat vom Jahre 1893 publiciren).

Sitzung am 2. Februa 1894.

Herr v. Zoege berichtet 1. über 3 Fälle von Sattelnase, die er nach Israel operirt hat und demonstrirt im Anschluss daran einige Photogramme und eine Patientin. 2. über einen Fall von spontanem Myxoedem. Die 40 Jahre alte Kranke litt seit drei Jahren an Myxoedem. Im Mai 1893 implantirte Z. der Kranken am äussern Rande der linken Mamma ins subcutane Zellgewebe eine Schafsschilddrüse, die reactionslos einheilte. Nach einem Monat stellte sich ziemlich plötzlich eine deutliche aber vorübergehende Besserung im Befinden ein, begleitet von einem Schwund der bis dahin deutlich fühlbaren Drüse. Es erschien danach eine Resorption der Drüse fraglos. Im August wurde dann mit der innerlichen Darreichung von Thyreoidea in Substanz begonnen, um die üblen Begleiterscheinungen zu meiden anfangs in kleinen Dosen. Die Drüse wurde roh in Substanz gereicht, später in Oblaten eingehüllt. Bis zum October blieb der Zustand der gleiche, dann schwanden plötzlich in 3 Tagen unter Schmerzen im linken Bein sämmtliche Erscheinungen. Der Status vom Januar 1894 ergab volle Genesung. Pat. ist jedoch genöthigt, wöchentlich 2 Oblaten mit gekochter Drüsensubstanz zu nehmen. Z. bespricht dann die Aetiologie der Krankheit und die Folgen, die die klinischen und experimentellen Arbeiten der letzten Jahre seit Kochers Veröffentlichung über das Myxoedem für die Lehre der Schilddrüsenfunction gehabt. Alle Erfahrungen und Experimente bestätigen die Schiff'sche Anschauung über die Function der Schilddrüse als secretorische: Das Secret enthält einen Bestandtheil, den der Körper, ohne krank zu werden, nicht missen könne. Das empfohlene Glycerinextract müsse ein Gemenge von Cytoglobin und zymoplastischen Substanzen (Alexander Schmidt) sein, da sich dieses Gemenge in gleicher Weise aus allen Zellen extrahiren lasse — eine Thatsache, die Vortragender der mündlichen Mittheilung Dr. v. Wistinghausens verdanke. Die Resistenz des wirksamen Bestandtheils der Drüse gegen Magensaft, gegen Kochen etc. lege den Gedanken nahe, dass es sich entweder um einen bestimmten der drei das Cytoglobin bildenden Körper handele, oder um einen Bestandtheil des Zymoplasma. Die Angabe Poehl's, dass Spermin bei Cachexia strumipriva von günstiger Wirkung sei, befremde nicht so sehr, wenn man bedenke, dass es sich hier ebenfalls um ähnliche Zellextracte handele von empirisch schon längst in der Bouillon bekannter analeptischer Wirkung. Es käme nur bei dem Thyreoidea-Extract als 2. Factor der specifische Bestandtheil der Drüse hinzu. Die interne und subcutane Anwendung von Thyreoidea-Extract sei in Dosirung etc. noch ganz ungenau. Die Nothwendigkeit des Fortgebrauches des Mittels lasse die Implantation immer noch als das ideale Ziel erscheinen. Nur sei in Zukunft der Versuch gerechtfertigt, den Hunger des Organismus nach diesem Drüsensaft durch interne oder subcutane Darreichung zu stillen und dann erst zu implantiren. Vielleicht sei die Resorption der implantirten Drüse dadurch zu verhindern. Mehrere Photogramme illustriren den Erfolg der Behandlung des einschlägigen Falles, der demnächst in extenso veröffentlicht werden wird.

Herr Krüger bespricht anknüpfend an diesen Vortrag die Blutveränderung bei Myxoedem. Die meisten Angaben über das Blut Myxoedem-Kranker beschränken sich zum grössten Theil nur auf kurze hier und da hingeworfene, theils sich widersprechende Bemerkungen. So giebt Riess an, dass das Blut eine mässige Verminderung der rothen Blutkörperchen ohne Formveränderung derselben und eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen zeigt, während Erb sagt «das Blut zeigt mikroskopisch nichts Abnormes». Kraepelin fand eine Verminderung des Haemoglobingehalts (bestimmt mit dem Fleischl'schen Haemometer) und der Zahl der weissen Blutkörperchen. Auf diese Befunde ist jedoch nicht viel Gewicht zu legen, dagegen scheint ein anderer Befund weit grösseres Interesse beanspruchen zu dürfen, nämlich der, dass, wie aus den von Collegen A. Lezius für Kraepelin ausgeführten Untersuchungen hervorgeht, die rothen Blutkörperchen eine auffallende Grössenzunahme zeigen.

Auf Veranlassung Alexander Schmidts und Kraepelins sind von A. Schneider unter Leitung Krügers in 3 Fällen von Myxoedem quantitative Blutanalysen ausgeführt worden, deren Resultate, verglichen mit der Zusammensetzung des normalen Frauenbluts, in nachstehender Tabelle wiedergegeben sind. Zu der Tabelle muss bemerkt werden, dass die über den verticalen Tabellenstäben angegebenen Buchstaben folgende Bedeutung haben:

G. — spec. Gewicht des defibrinirten Bluts.
g. — » » » Serum.
T. — Trockenrückstand des defibrinirten Bluts
t. — » » Serum.
r. — Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut
E. — Extinctionscoefficient (relativer Haemoglobingehalt)
b. — Menge der feuchten Blutkörperchen in 100 Grm. Blut.
s. — » des Serums in 100 Grm. Blut.



R. — Rückstand von 100 Grm. Blutkörperchen.
f. — procent. Fibringehalt.

Blutart.	G.	g.	T.	t.	r.	E.	b.	s.	R.	f.
Normal.	1055,7	1029,6	19,89	9,44	13,74	0,81	34,96	65,04	39,74	0,200
Myxoedem I.	1062,5	1031,7	22,37	10,45	16,29	0,98	41,82	58,18	38,95	0,016
Myxoedem II.	1063,6	1032,9	22,36	10,11	16,89	1,03	45,90	54,10	36,75	0,070
Myxoedem III.	1063,4	1031,7	22,81	11,65	14,30	0,98	26,95	73,05	53,06	0,164

Aus dieser Tabelle geht hervor, 1) dass das specifische Gewicht und der Trockenrückstand des Gesammtblutes, wie auch des Serum bei Myxoedem erhöht ist, 2) dass der Gehalt des Bluts an rothen Blutkörperchen in Bezug auf r und b erhöht ist, das einzelne Blutkörperchen aber leichter d. h. wasserärmer ist, 3) dass das Verhältniss zwischen Haemoglobin und Stroma zu Gunsten des Haemoglobin verändert.

Vergleicht man weiter das specif. Gewicht und den Rückstand in den einzelnen Fällen, so kommt man zu dem überraschenden Resultat, dass dem höhern specif. Gewicht ein geringerer Trockenrückstand entspricht, daraus muss der Schluss gezogen werden, dass im Blut Myxoedem-Kranker ein Stoff auftritt, der, wie Fett, das Rückstandsgewicht erhöht, das specif. Gewicht aber herabsetzt. Endlich ergiebt die Tabelle eine Verminderung des Faserstoffgehalts des Blutes bei Myxoedem. Diese Schlussfolgerungen beziehen sich hauptsächlich auf Fall I und II, auf Fall III nur zum Theil, dieser weicht in vielen Beziehungen von den beiden andern Fällen ab. Ob diese Abweichungen, wie Schneider annimmt, auf verschiedene Stadien der Erkrankung zurückzuführen sind, will Krüger nicht entscheiden, macht jedoch darauf aufmerksam, dass ein Fehler, der sich eventuell bei der Bestimmung von r eingeschlichen hätte, auch die Grössen b. s und R stark beeinflusst, da diese durch Rechnung aus r abgeleitet werden. Krüger sieht daher von diesem III Fall ganz ab, so lange er nicht durch weitere Analysen eine Bestätigung erfährt. Weiterhin haben Schneider und Krüger beobachtet, dass das Aderlassblut Myxoedem-Kranker während des Defibrinirens seine dunkle Farbe nicht oder nur wenig ändert, woraus gefolgert werden muss, dass es nicht so leicht Sauerstoff aufnimmt, wie normales Venenblut. Diese Beobachtung steht in Einklang mit der Angabe von Albertoni und Tizzoni, der Sauerstoffgehalt des arteriellen Bluts sei bei Myxoedem stark herabgesetzt. Auf den ersten Blick müssen diese Beobachtungen sonderbar erscheinen, da, wie aus der Tabelle ersichtlich, das Blut bei den untersuchten Fällen einen sehr hohen Haemoglobingehalt aufweist. Berücksichtigt man jedoch die Angabe Lezius von der erheblichen Grösse der rothen Blutkörperchen, so dürfte es nicht schwer fallen, für diese sonderbare Erscheinung eine Erklärung zu finden. Es ist ja bekannt (Vergleich der Warmblüter mit den Kaltblütern), dass die Grösse der einzelnen Blutkörperchen und die Grösse der Respirationsfläche derselben, wenn man diesen Ausdruck anwenden darf, sich umgekehrt verhalten, d. h. dass ein grosses Blutkörperchen relativ weniger Sauerstoff aufnimmt, als ein kleines. Alles zusammen genommen müssen somit die Oxydationsprocesse beim Myxoedem herabgesetzt sein. Diese Annahme kann nun ihrerseits zur Erklärung eines hervorstechenden Symptoms bei Myxoedem, des Kältegefühls der Kranken, herangezogen werden, denn Oxydation ist Verbrennung und Verbrennung und Wärmebildung gehen Hand in Hand, mangelhafte Oxydation muss somit mangelhafte Wärmebildung zur Folge haben. In der That ist auch bei Myxoedem sehr oft äusserst niedrige Körpertemperatur zu finden.

Herr Lezius legt in Bezug auf absolute Genauigkeit bei den Bestimmungen des Haemoglobins nach dem Fleischl-schen Haemometer kein grosses Gewicht, die Zählungen der weissen Blutkörperchen und die Messung des Durchmessers der rothen Blutkörperchen sind aber entschieden wichtig.

D. Z. Secretär: Dr. R. Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Köhler-Berlin: Zur operativen Behandlung der Varicocele. (Berl. klin. Wochenschrift, 1893. № 50).

Verf. empfiehlt bei stark entwickelter Varicocele die Excision der Venen mit der Verkürzung des Scrotum's zu verbinden und zwar derart, dass die Stümpfe bei Querstellung der vertikal angelegten Wunde zusammengenäht und vereinigt werden.

K. hat einen Fall in dieser Weise operirt und ist durch diese Operationsmethode in hohem Maasse zufriedengestellt worden.

Sechster Aerztetag
der «Gesellschaft livländischer Aerzte»
in Wolmar
vom 5.—7. September 1894.

Programm.

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt:

Montag den 5. September 1894.

10 Uhr Vormittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 10—1 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung der Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».
4. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Zur pathologischen Anatomie der Lepra» . . . . H. Koppel.
   b) «Ueber Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden» . . . . J. Sadikoff.
   c) «Ueber die fermentative Wirksamkeit des Dünndarmsaftes» . . . . Fr. Krüger.
   d) «Zur Therapie der Phthisis» . . . C. Dehio.

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Demonstrationen aus dem Gebiete der Gynäkologie . . . . A. Keilmann.
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Zur Casuistik der Uterusruptur» . A. Treu.
   b) «Uteruscarcinom» . . . . L. Kessler.
   c) «Die Laparotomieen in der Frauenabtheilung des Rigaschen städtischen Krankenhauses» . . . . M. Treymann.
   d) «Ueber Gravidität im rudimentären Nebenhorn» . . . . G. von Knorre.
   e) «Zur Diaetetik der ersten Lebenswoche» . . . . A. Keilmann.

Dienstag den 6. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) Bericht über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten statistischen Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 und 1893.
   b) «Zur pathologischen Anatomie der Lues» (nebst Demonstration macroscopischer und microscopischer Präparate) A. Lunz.
   c) «Zur Aetiologie der Aortenaneurismen» P. Hampeln.
   d) «Ueber die syphilitischen Herzerkrankungen» . . . . C. Dehio.
   e) «Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochen Erkrankungen» . . . . F. Berg.

IV. Sitzung von 2—6 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   f) «Syphilis und Auge» . . . . . . C. Dahlfeldt.
   g) «Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse» E. Sokolowsky.
   h) «Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie» . . . . O. Petersen.
   (Correferent: Dr. F. Berg.)
2. Vorschläge und Berathung über die zu ergreifenden Maassnahmen behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Mittwoch den 7. September.

Tagesordnung:

V. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Referat über einen extraordinairen Fall von «Flexibilitas cerea intermittens spontanea» (nebst Vorführung der Patientin) G. Apping.



3. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die schriftstellerische Thätigkeit Geisteskranker» . . . . A. Behr.
   b) «Ueber Augenmuskellähmungen» . . H. Truhart.
   c) «Ueber complicirte Schädelbrüche» . v. zur Mühlen.
   d) «Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung» . . . A. v. Bergmann.
4. Berathung über etwa wünschenswerthe Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
5. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzung.

Schluss des 6. Aerztetages.

Vermischtes.

— Wir erhalten aus Dorpat die Trauerbotschaft, dass der Professor emeritus Dr. Friedrich Heinrich Bidder am 15. dieses Monats im Alter von 84 Jahren gestorben ist. Einen ausführlichen Nekrolog brigen wir nächstens.

— Wir machen die Leser auf das in dieser Nummer veröffentlichte Programm des VI Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte, der in Wolmar vom 5—7. Septbr. abgehalten werden soll, aufmerksam und wünschen dem Aerztetage den besten Erfolg in seiner fruchtbringenden Thätigkeit.

— Auf Veranlassung eines Mitarbeiters der «Nowoje Wremja» wurde vor mehreren Wochen ein hiesiger College vor Gericht gestellt, weil er angeblich sich geweigert hatte, einem Cholerakranken Beistand zu leisten. Die gerichtliche Verhandlung stellte den wirklichen Thatbestand fest und der College wurde freigesprochen. Das hat einen Bekannten jenes Mitarbeiters so erbost, dass er in der Nummer vom vorigen Sonntag desselben Blattes unter der Ueberschrift «Unsere Aerzte» das Urtheil des Gerichts und das Gutachten der «Medicinalverwaltung» einer wenig schmeichelhaften Kritik unterzieht und die hiesigen Aerzte auf Grund der Nationalität und zum Theil auch des Studienortes (Dorpat) in pechschwarze Böcke und schneeweisse Schafe scheidet. Es ist an uns die Frage herangetreten, zu dem Artikel Stellung zu nehmen. Ton und Inhalt desselben machen es unmöglich, ihn ernst sachlich zu behandeln. Das Urtheil derjenigen Leser, an deren Meinung uns allein gelegen sein kann, nämlich der einsichtigen und anständigen, ist nicht zweifelhaft. Dem Verfasser des Artikels aber gönnen wir von Herzen das erhebende Bewusstsein, ungestraft und ungefährdet einen hervorragenden Beitrag zur Hetz- und Schmähliteratur geliefert zu haben. Sanft ruhe er auf seinen Lorbeeren! W.

— Es ist auf dem letzten internationalen Congress und neuerdings von der Redaction der «Deutschen Medicinischen Wochenschrift» eine sehr wichtige Frage angeregt und zur Discussion gestellt worden, deren Erörterung wohl nicht eher abgeschlossen werden dürfte, als bis sie zu einem positiven Resultat geführt hat, — das ist die Organisation der medicinischen Fachpresse.

In Nr. 22 der «Deutschen med. Wochenschr.» vom 31. Mai a. c. erschien ein von Prof. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe unterzeichneter Aufruf, der zu Meinungsäusserungen über die Organisation der medicinischen Presse innerhalb der Grenzen des deutschen Sprachgebietes aufforderte. Zweck und Art einer solchen Organisation waren damals nur in ganz allgemeinen Umrissen skizzirt, so dass wir uns zunächst abwartend verhielten, obgleich die Sache von vornherein unsere volle Sympathie hatte. In Nr. 32 derselben Wochenschrift vom 9. August finden wir nun einen zweiten, dieselbe Frage betreffenden Artikel, der schon mehr Anhaltspunkte für die Discussion bietet. Wir wollen zunächst kurz referiren. — Die grossen Schwierigkeiten der Berichterstattung, die auf dem letzten internationalen Congress besonders stark hervortraten und besonders durch Vermehrung der officiellen Congresssprachen und die Ueberfülle an Vortragsmaterial, dann aber auch durch mangelhafte Dispositionen bedingt waren, riefen 2 Anträge hervor, die in Zukunft Abhilfe schaffen sollen.

Der eine Antrag von Dobrzycki (Redacteur der «Medycyna») fordert für die nächsten Congresse eine besondere Section zur Vertretung der Interessen der Fachpresse; dieser Antrag soll auf dem Moskauer Congress näher erwogen werden.

Ein anderer Vorschlag, von Baudouin (Paris) und Posner (Berlin) enthält ein ziemlich genaues Programm, dessen Hauptbestimmungen folgende sind. Es soll ein internationales Presscomité gebildet werden, das die Functionen der Presse auf den internationalen Congressen zu leiten hat. Das Comité besteht aus 2 Repräsentanten der medicinischen Presse jedes Landes.

Die officiellen Sprachen sind Deutsch, Englisch, Französisch. Das Comité schickt in jede Section des Congresses 3 «Redacteursecretäre» (je einen für eine officielle Sprache) die alle Sitzungen der Section mitzumachen und bis 7 Uhr Abends Referate aller Sectionsverhandlungen des Tages im Centralbureau der Presse abzuliefern haben. Honorirt werden diese Secretäre (mit 20 Mark pro Tag) von den Mitteln, die durch Abonnements auf den vom Presscomité herausgegebenen Congressbericht seitens der medicinischen Fachblätter zusammenkommen. Das Abonnement für alle Congressverhandlungen kostet 120 Mark, für die Arbeiten einer Section 40 Mark. Weitere Einzelheiten wollen wir hier nicht berühren.

Die «Deutsche med. Wochenschrift» möchte nun den Wirkungskreis der geplanten Pressvereinigung nicht nur auf die Berichterstattung auf den internationalen Congressen beschränkt wissen, sondern ihr auch einen bestimmenden Einfluss auf die Zusammenstellung des Hauptprogramms, die Vertheilung der Vorträge und einzelnen Sitzungen, den geregelten Dienst des Congressbureaus und mehreres Andere zuweisen. Damit eine solche internationale Pressvereinigung richtig functionire, hält die «D. med. W.» zunächst die Gründung nationaler Verbände für nöthig, wie sie schon in Frankreich und Amerika existiren, und kommt damit wieder auf ihren Eingangs erwähnten Vorschlag zurück, die medicinischen Fachorgane des deutschen Sprachgebiets möchten sich zu gemeinsamer Arbeit und Vertretung ihrer Interessen zusammenthun.

Unserseits möchten wir zur Sache Folgendes bemerken. Zunächst handelt es sich um die Frage, ob die geplante Pressvereinigung von Hause aus internationalen Charakter haben soll (nach dem Baudouin-Posner'schen Vorschlag) oder ob es praktischer ist, zunächst nationale Verbände zu constituiren, die dann später, wenn die Sache allerorts in Gang gekommen ist, sich auf die eine oder andere Art für internationale Aufgaben vereinigen (nach dem Eulenburg-Schwalbe'schen Vorschlag). Letzteres scheint uns jedenfalls der sichere Weg zu sein. Trotz der relativen Leichtigkeit des internationalen Verkehrs heutzutage, könnte doch ein Unternehmen, das die ganze alte und neue Welt zu gemeinsamem Wirken vereinigen soll, auf so grosse Schwierigkeiten stossen, dass daran die ganze Sache scheitern könnte. Handelt es sich doch dabei um eine ganz enorme Anzahl von einzelnen Fachblättern die ja alle gleichmässig zu berücksichtigen wären, und noch dazu in den verschiedensten Sprachen erscheinen. Viel leichter wäre es, vorher organisirte grosse Gruppen unter einen Hut zu bringen. Hier ergiebt sich aber gleich eine neue Schwierigkeit. Sollen diese Gruppen ein bestimmtes Sprachgebiet umfassen, oder ihre Grenzen mit denen der einzelnen Länder zusammenfallen lassen? Da mehrere vielsprachige Länder in Betracht kommen, ist das eine wichtige Frage; man denke an Amerika (englisch, spanisch, deutsch), die Schweiz (deutsch, französisch), Oesterreich-Ungarn (deutsch, ungarisch), Russland (russich, polnisch, deutsch), auch in Deutschland (Strassburg) giebt es ein französisches Blatt. Die eine wie die andere Gruppirung hat ihre bedeutenden Schwierigkeiten, die wir hier nur angedeutet haben wollen.

Um die Hindernisse gerade am Anfang möglichst gering zu machen wäre es ferner unserer Meinung nach richtiger, die Aufgaben der gedachten Vereinigung zunächst zu beschränken, etwa wie es im Baudouin-Posnerschen Project geplant ist. Ist die Sache erst im Gang, dann kann man ja mit grösserer Wahrscheinlichkeit des Erfolges die Ziele höher stecken. Ausser den schon gemachten Propositionen würden wir dann auch befürworten, für die allgemein bedeutungsvollen jährlichen Versammlungen in allen Ländern behufs schneller und genauer Berichterstattung einen internationalen Pressdienst zu organisiren (Congress f. innere Medicin, Chirurgencongress, Naturforscher- und Aerzteversammlung in Deutschland, Jahresversammlung der British. Med. Association, der American. Med. Association, die französischen Jahresversammlungen). Dadurch würden diese kleinen Congresse wohl noch mehr Nutzen bringen als jetzt. Mit Spannung sehen wir der für die Naturforscherversammlung in Wien angekündigten Veröffentlichung des genauen Programms der D. med. Wochenschrift entgegen und behalten uns vor, auf die Frage noch später genauer einzugehen. W.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg weist in der letzten Woche wiederum eine Steigerung auf. Es erkrankten vom 11. bis zum 17. August 12 Uhr Mittags 284 Personen genasen 72 Personen, starben 122 Personen und stieg der Krankenbestand am 17. August wieder auf 208 Personen. Vom Beginn der Epidemie d. i. vom 19. Juni bis zum 17. August 12 Uhr Mittags sind nach unserer Berechnung in St. Petersburg 4130 Personen an der Cholera erkrankt 1944 Personen genesen und 1975 Personen gestorben.



Im Gouvernement St. Petersburg sind vom 31. Juli bis zum 6. August 208 Personen an der Cholera erkrankt und 73 Personen gestorben. Nach dem neuesten officiellen Cholera-Bülletin entfiel die grösste Zahl der Erkrankungen in den von der Seuche ergriffenen Gouvernements auf die Gouvernements Grodno (vom 24. Juli bis zum 30. Juli 1520 Erkrankungen und 629 Todesfälle), Radom (vom 24—30. Juli 1285 Erkr. und 612 Todesfälle), Petrokow (vom 31. Juli bis zum 6. August 747 Erkr. und 370 Todesf.) Ssjedlez (vom 31. Juli bis zum 6. August 336 Erkr. und 154 Todesf.) Plozk (von 24—30 Juli 269 Erkr. und 138 Todesf.), Lomsha (vom 24. Juli bis 6. August 198 Erkr. und 96 Todesf.), Nowgorod (138 Erkrankungen und 54 Todesfälle). In den Gouvernements Kurland und Livland sind in der Zeit vom 24. bis zum 30. Juli 35 Erkr. und 12 Todesfälle, resp. 4 Erkrankungen und 4 Todesfälle vorgekommen. In der Stadt Warschau erkrankten vom 31. Juli bis 6. August 236 Personen und starben 88 Personen. In Kronstadt sind vom 5 bis zum 8. August nur 3 Neuerkrankungen vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. August d. J. 5608 (28 mehr als in der Vorwoche), darunter 301 Typhus — (14 weniger), 723 Syphilis — (19 mehr), 55 Scharlach — (1 mehr), 18 Diphtherie — (3 mehr), 25 Masern — (6 weniger), 6 Pocken- — (5 weniger) und 130 Cholerakranke (34 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. August 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
358	297	655	125	48	116	21	7	22	70	75	57	41	43	22	4	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 5, Diphtherie 13, Croup 1, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 135, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 62, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 12, Krankheiten der Verdauungsorgane 88, Todtgeborene 36.

Довв. ценв. Спб. 20 Августа 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. №15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 34 St. Petersburg, 27. August (8. September) 1894

Ueber die Anwendung von Farbstoffen zur Erkennung und Unterscheidung verschiedener Eiweissarten.*)

Von

Dr. med. T. J. Bogomolow,

Professor der medicinischen Chemie der Kaiserlichen Universität Charkow.

Längst schon verwendet man in der Histologie zur Differenzirung verschiedener Gewebe und ihrer Elemente die Färbung mit einer gewissen Farbe oder Farbengemischen. Man färbt entweder direct mit einer Farbstofflösung, oder nach vorausgegangener Bearbeitung des Gewebes mit irgend einem die Fixirung des Farbstoffes befördernden Reagens. Lange Zeit wurde die Gewebsfärbung rein empirisch betrieben und erst im letzten Viertel unseres Jahrhunderts suchten die Forscher zu ergründen, auf Grund welcher chemischer Vorgänge eine Reihe von Geweben sich leicht und dauerhaft, eine andere nur schwer oder garnicht färben liess.

Ehrlich (1. Ueber die specifischen Granulationen des Blutes. Verhdlg. der phys. Gesellsch, 1879. № 20, — 2. Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten. Ztschr. f. klin. Med. Bd. I und in einer unlängst erschienenen Abhandlung: 3. Farbenanalystische Untersuchungen zur Histologie und Klinik des Blutes) hat darauf hingewiesen, dass nicht alle Gewebselemente sich gegen ein bestimmtes Farbengemenge gleich verhalten. Er beobachtete dass das Protoplasma verschiedener Leukocyten sich verschieden zu Farbstoffen verhält und erklärte das damit, dass die im Protoplasma anzutreffenden Körnchen von verschiedener chemischer Beschaffenheit sein müssen. Die Körnchen nehmen entweder nur saure oder nur basische oder beiderlei Farbstoffe auf.

*) Mitgetheilt am 6. April 1894 in der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin und Hygiene der Kaiserlichen Universität Charkow.

Die Untersuchungen von Ehrlich bildeten den Ausgangspunkt einer Reihe von Arbeiten anderer Autoren, die nach ihm die Einwirkung des von Ehrlich angegebenen Farbengemisches auf verschiedene Gruppen von Körpern, die in den Geweben und Flüssigkeiten des Organismus enthalten sind, studirten. So untersuchte der berühmte, für die Wissenschaft unersetzliche, Prof. Alexander Schmidt den Einfluss eines Gemisches von Säure-Fuchsin (saurer Farbstoff), Eosin (Alkalisches Salz von Tetrabromfluorescin) und Methylgrün (basischer Farbstoff) auf Eiweisse und Mucin. Wissend, dass im Auswurf je nach dem Ort der Erkrankung der Athmungsorgane entweder Eiweiss oder Mucin vorherrscht (Cf. die Dissertation von Iwan Smirnow: Der Gehalt des Sputums an Eiweisskörpern, St. Petersburg 1871), fixirte Alexander Schmidt den Auswurf in einer alkoholischen Sublimatlösung und färbte die dabei gebildeten Flocken mit dem oben genannten Farbengemisch, das unter dem Namen Ehrlich Biondi'sche Mischung bekannt ist. Enthielt der Auswurf nur Eiweiss, so färbte er sich mit dem Gemisch (1 Theil Biondisches Pulver auf 30 Theile Wasser) roth, nahm also die saure Farbe auf; bei Mucingehalt färbte er sich mit dem basischen Farbstoff grün; enthielt er Eiter, so färbte er sich violet, nahm also das Farbengemisch auf.

Darnach hat Posner («Farbenanalytische Untersuchungen», Verhandlg. des XII Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1893, pag. 292—297) die Resultate seiner Arbeiten über das Verhalten des Biondischen Gemisches auf verschiedene in Körpergeweben und Flüssigkeiten enthaltene chemische Körper mitgetheilt. Posner fällte aus Hydrocelenflüssigkeit das Eiweiss durch Zusatz einer 2 % alkoh. Sublimatlösung bis zur Bildung eines Niederschlages, schüttelte den Niederschlag mit Wasser aus und fügte 2 Tropfen des Biondischen Gemisches hinzu; die Flocken färbten sich roth. Mucin, das aus dem Ligamentum nuchae des Ochsen gewonnen war, färbte sich grün, Hämoglobin — orange, Eiweiss, das aus normalem Harn durch einen Ueberschuss von Alkohol ausgeschieden war — blau, Hühnereiweiss und käufliches Pepton — roth.

Da wir wissen, dass im Gemisch 3 Farben enthalten sind: roth (Eosin), grün (Methylgrün) und blauroth (Säure-Fuchsin), so nehmen wir an, dass Eiweiss sich theils mit Eosin, theils mit Säure-Fuchsin färbt; Mucin mit Methylgrün; Nucleoalbumin und das Eiweiss des normalen Harns mit einem Gemisch von Eosin und Methylgrün; Hämoglobin mit Eosin und Säure-Fuchsin.

Das erwähnte Verhalten des Farbengemisches zu Eiweiss, Mucin, Nucleoalbumin, brachte uns auf den Gedanken zu prüfen, wie die Farben, einzeln genommen, auf verschiedene Eiweissarten wirken.

Unter den Eiweisskörpern, die den Arzt besonders interessiren, verdienen besondere Beachtung die Albumine und Globuline, dann die Peptone und endlich die Uebergangsformen zwischen den letzteren und dem Eiweiss, die Albumosen.

Unter den Globulinen: Myosin; dann die Verbindungen von Eiweiss mit Nucleinsäure: Nucleoalbumin, die Caseine der Milch; endlich von den eiweissähnlichen Körpern (Proteiden): Mucin, Oxyhämoglobin und Hämoglobin.

Wir stellten diese Körper rein dar nach den Methoden, die in den modernen Handbüchern der physiologischen und pathologischen Chemie empfohlen werden (Hoppe-Seyler und Thierfelder Handbuch d. physiol. und pathol. chem. Analyse 1893, 6. Auflage; Halliburton Lehrb. d. chemischen Physiol. und Pathol. 1893; Richard Neumeister Lehrb. der physiol. Chemie, Jena 1893).

Zur Auswahl der einzelnen Farben bestimmten uns die Resultate Posner's, aus denen hervorging, dass man durch Färbung die einzelnen Elemente der Zellen differenziren kann. Nach Posner färbt das Biondische Gemisch die Zellkerne grün oder blaugrün (so färbt sich nach Einigen Nucleinsäure, nach Anderen Mucin), das Plasma dagegen roth (wie Eiweiss und Pepton), die neutrophilen Kerne blau (wie Nucleoalbumin).

Folglich ist in der Zelle etwas enthalten, was an Nucleinsäure, Albumin und Nucleoalbumin errinnert. Die Deutung der Färbung ist also natürlich möglich, wenn wir mit der chemischen Zusammensetzung des Kerns und Protoplasma bekannt sind.

Der Kern besteht aus Nuclein-Histon und das Nuclein selbst aus Nucleinsäure und Albumin. Der Kern färbt sich blau (nimmt rothen und grünen Farbstoff auf). Das Histon besteht aus Protamin und Albumin und färbt sich gelbroth (nimmt Eosin und Säure-Fuchsin auf).

Nach Lilienfeld färbt sich die Nucleinsäure grün. Posner benutzte zur Färbung ausser dem Gemisch aus 3 Farben, noch ein Gemisch von Eosin und Methylenblau, Lilienfeld ein Gemisch von Rosamid und Methylgrün. Fügt man zur Nucleinsäure das erste Gemisch, so nimmt sie die blaue Farbe an; Eiweiss dagegen wählt aus dem Gemisch die rothe Farbe. Aus dem Lilienfeld'schen Gemisch nimmt Eiweiss die rothe Farbe auf, Nuclein das Gemisch beider Farben; es färbt sich blau. Nucleinsäure dagegen nimmt aus dem Gemisch nur die grüne Farbe auf.

Eiweiss nimmt also aus dem ersten wie aus dem zweiten Gemisch den rothen Farbstoff auf, es verhält sich zu ihnen wie eine Base. Das Nuclein, als Verbindung von Eiweiss mit Nucleinsäure attrahirt aus dem zweiten Gemisch beide Farben, färbt sich daher blau.

Mucin — ein Glykoproteid — verhält sich zu einem Gemisch von blauem und grünem Farbstoff ähnlich wie Nucleinsäure [1])

[1]) Prof. Morochowez besteht auf der Identität des Nuclein, Mucin und der amyloiden Substanz. Alle diese Stoffe verhalten sich gleich zu Säuren, Alkalien, Jod und Millon's Reagens. Daher schlägt Prof. Morochowez vor, alle diese Substanzen den Nucleinen zuzuzählen.

Hämoglobin attrahirt aus dem dreifachen Gemisch Eosin und Säure-Fuchsin.

Nuclein-Histon färbt sich, wenn es sauer ist blaugrün, wenn es neutral ist violet.

Folglich kann man deutlich unterscheiden, wo man reine Nucleinsäure vor sich hat und ob Nuclein-Histon sauer oder neutral ist. In den ruhenden Kernen von Lymphzellen herrscht der violete Farbenton vor, bei Mitosen dagegen der grüne. Auf diese Weise gelang es also den Autoren die Nucleinsäure von Eiweiss, Mucin, Histon und Nuclein zu unterscheiden.

Unsere Versuche mit einzelnen Farben hatten folgende Anordnung:

1. Wir bereiteten 1 pCt. wässerige oder wässerig-alkoholische Farbstofflösungen.

2. Es wurden Lösungen verschiedener Eiweissarten hergestellt

3. Tropfenweise fügten wir zu den Eiweisslösungen den Farbstoff. Wir benutzten wässerige Lösungen von Albumin, Globulin, Pepton, Oxyhämoglobin und eine Lösung von Myosin in 8 pCt. Chlor-Ammon; zur Controlle fügten wir dieselben Farbstoffe zu einer 8 pCt. Chlor-Ammonlösung.

I. Eosin. Albumin färbte sich orange-roth, wobei die Eosinlösung ihren Dichroismus nicht verliert. — Myosin veränderte den Farbenton des Farbstoffes. Dieser verlor seinen Dichroismus und wurde himbeerroth. Nach einem bis zwei Tagen setzte sich ein himbeerrother Niederschlag ab. — Pepton färbte sich gelbrosa, aber die Farbe verlor nicht ihren Dichroismus. Oxyhämoglobin liess den Dichroismus verschwinden und gab der Lösung einen orange-rothen Farbenton. — Eosin mit Salzsäure giebt einen Niederschlag von der Farbe des Jodquecksilbers.

II. Methylviolet. Albumin gab der Farbe einen röthlichen Ton. — Myosin ruft ein deutliches Blauviolet hervor. — Pepton verhielt sich fast ebenso wie Albumin, nur war der röthliche Farbenton schwächer. — Oxyhämoglobin erhielt in Lösung eine ausgesprochene rothe Farbe, wobei statt zweier Streifen der eine Streifen des reducirten Oxyhämoglobins erschien. — Bei Hinzufügen schwacher Salzsäure deutliche Blaufärbung, starke Salzsäure färbte zuerst smaragdgrün, dann trat Entfärbung ein.

III. Rubin. Albumin ändert die Farbe fast garnicht. — Myosin giebt eine deutliche bläuliche Himbeerfarbe, Pepton röthlichen Farbenton, Oxyhämoglobin orange-rothe Färbung. Concentrirte Salzsäure giebt Violetfärbung, Salzsäure in der Verdünnung, wie sie im Magen vorhanden ist, violeten Farbenton, Milchsäure Orangefärbung.

IV. Floxin. Albumin ändert die Farbe fast garnicht und vernichtet den Dichroismus nicht, Myosin giebt einen deutlich röthlich-himbeerfarbenen Ton und lässt den Dichroismus der Farblösung schwinden. Pepton giebt einen leicht röthlichen Farbenton und verändert den Dichroismus nicht. Oxyhämoglobin ruft Gelblichfärbung hervor und die Lösung verliert den Dichroismus. Salzsäure und Essigsäure vernichtet den Dichroismus und entfärbt.

V. Methylgrün und Malachitgrün. Albumin färbt leicht blau, Myosin deutlich smaragd-grün, Pepton leicht grünlich, Hämoglobin deutlich grünlich, Oxyhämoglobin färbt erst grün, dann entfärbt es die Farblösung fast vollständig.

VI. Corallin. Albumin färbt deutlich zart rosa-roth, Myosin färbt zuerst gelb, dann tritt Entfärbung ein. Wenn man die Myosinlösung längere Zeit an der Luft stehen lässt, so erhält sie die Fähigkeit, sich mit Corallin fast ebenso rosaroth zu färben wie die Albuminlösung. Pepton färbt gelb, zuweilen orange-gelblich. Durch Kochen coagulirtes Albumin färbt sich zart rosa-roth, ebenso coagulirtes Myosin zinnober-roth, Pepton in Pulverform



orange-gelb. Oxyhämoglobinlösung wird durch Corallin schnell rosa und giebt eine gräuliche Trübung. Nach dem Filtriren erhält mann ein röthlich-himbeerfarbenes Filtrat mit einem Absorptionsstreifen bei D.

VII. Methylenblau. Albumin giebt einen blau-grünen Farbenton, Myosin färbt dunkelblau, Pepton bleibt leicht blau. Oxyhämoglobin wird schnell grün und anfangs bleiben die Absorptionsstreifen erhalten.

VIII. Congo. Albumin ändert die Farbe wenig. Myosin giebt eine rosa Nüance, Pepton giebt orange Flocken, Oxyhämoglobin giebt einen orange-grauen Farbenton.

Darnach untersuchten wir die Beziehungen von Nuclein, Acidalbumin und Alkalialbuminat zu folgenden Farbstoffen:

Eosin. Nuclein färbt sich orange, Syntonin orange-roth, Alkalialbuminat rosa-violet.

Rubin. Nuclein violet, Syntonin zart rosa, Alkalialbuminat ganz violet.

Methylgrün. Nuclein grün, Syntonin grün, Alkalialbuminat bläulichgrün.

Methylviolet. Nuclein blau, Syntonin violet roth, Alkalialbuminat blauviolet.

Corallin. Nuclein gelb, Syntonin rosagelb, Alkalialbuminat rosaroth,

Säure-Fuchsin. Nuclein violet, Syntonin roth-violet, Alkalialbuminat violet.

Floxin. Nuclein ponceauroth, Syntonin rosaroth, Alkalialbuminat verändert die Farbe wenig.

Congo. Nuclein orange, Syntonin braun, Alkalialbuminat deutlich rosa.

Saffranin. Nuclein undeutlich röthlichgelb, Syntonin gelb, Alkalialbuminat wird nicht rosa.

Auf Grund des Mitgetheilten kommen wir zu folgenden Resultaten.

Für das Albumin halten wir für charakteristisch die Färbung mit Corallin (der gelbe Farbstoff wird blaurosa), für das Myosin seine Fähigkeit, den Dichroismus der ins grüne spielenden Farben zu vernichten, dem Methylenblau und Gentianaviolet einen blauen Ton zu geben, das Methylgrün ausgesprochen dunkel-grün zu machen, und dem Eosin und Floxin eine deutliche röthliche Himbeerfarbe mitzutheilen. Das durch Kochen coagulirte Myosin wird corallenfarben; eine Myosinlösung färbt sich anfangs ebenso, dann aber wird sie farblos.

Für Pepton halten wir für charakteristisch, dass es mit Congo einen orange-rothen Niederschlag giebt, dass es den Farbenton des Eosin verändert (ohne den Dichroismus zu vernichten) ebenso wie den des Methylgrün, Saffranin und Corallin, d. h. dass es in Pulverform Corallin orange-gelb macht, in Lösung dasselbe entfärbt und mit Floxin endlich himbeerfarbene Flocken bildet.

Für das Nucleoalbumin ist charakteristisch die deutliche Orangefärbung mit Eosin, die Grünfärbung mit Methylgrün und die Blaufärbung mit Gentianaviolet. Für das Syntonin: die Braunfärbung mit Congo, Safranin wird gelb, Corallin röthlich gelb, Methylgrün grün.

Für das Alkalialbuminat: die Rosavioletfärbung mit Eosin und die Kirschvioletfärbung mit Corallin. Safranin theilt ihm keine Rosafärbung mit, vom Congo erhält es einen rosa Schimmer. Es färbt sich mit Floxin, ohne seinen Farbenton zu ändern.

Fibrin färbt sich mit allen Farben und nimmt am schlechtesten Säure — Fuchsin an.

Ich muss noch hinzufügen, dass in № 12 des Centralbl. für innere Med. 1894 Dr. Zenoni aus Turin ein neues Reactiv zur Auffindung von Schleim, nämlich Safranin, vorschlägt (das beste Safranin bekommt man von der Firma Binscheidler und Busch in Basel). Dieser Autor strich Sputum auf einem Uhrglas aus, tauchte dieses in Alkohol und färbte mit Safraninlösung. War im Auswurf viel Schleim, so färbte er sich gelb, pneumonisches Sputum dagegen, das reich an Albumin war, färbte sich roth. Enthielt der Auswurf viel zellige Elemente, so färbte ihn Safranin zuerst gelb, dann gelbroth. Die Formelemente des Auswurfs wurden fuchsinroth, die ungeformten Haufen und Fäden gelb. Fügt man zum rothgefärbten pneumonischen Sputum bronchitischen Auswurf, so zeigen sich sofort gelbe Farbentöne. Die Reaction ist deshalb so werthvoll, weil man durch sie so wichtige Substanzen wie Albumin und Mucin von einander unterscheiden kann.

Ferner möchte ich noch auf die Beziehungen zwischen den Krystallen der Blutfarbstoffe und verschiedenen Farben aufmerksam machen.

Lässt man verdünnte Farbstofflösungen auf die Krystalle des Oxyhämoglobins vom Hund und Pferd einwirken, so unterliegen diese folgenden Veränderungen. Die färbende Substanz tritt aus den Krystallen aus und ein Theil der Krystalle wird fast vollständig farblos, behält aber seine Gestalt; ein anderer Theil der Krystalle aber wird in merkwürdiger Weise zerstört, die Krystalle schmelzen gleichsam am obern und untern Ende, so dass die Gestalt eines Rhombus entsteht, die an die Hämatoidinkrystalle erinnert. Beim Austreten der färbenden Substanz aus dem Krystall kann man sehen, dass sie von dem centralen Theil des Krystalls ausgeht und dort wie ein Axencylinder liegt, der übrige weisse Theil umgiebt sie dann wie eineArt Mantel.

Das Oxyhämoglobin wird also entfärbt. Was aber geschieht mit dem Methämoglobin und dem reducirten Hämoglobin, das durch Fäulniss oder der auf anderem Wege gewonnen ist? Diese Krystalle werden von einer ganzen Reihe von Farbstoffen gefärbt, von den einen mehr, von anderen weniger energisch.

Ferner habe ich meine besondere Aufmerksamkeit auf die Beziehung des Oxyhämoglobins und Hämoglobins zum Rubin gerichtet. Darauf brachten mich die Beobachtungen unseres russischen Histologen und geehrten Collegen Professor N. J. Kultschizky, der die Rubinfärbung zur Erkennung rother Blutkörperchen in Geweben verwandte. Dabei zeigte sich, dass krystallisches Oxyhämoglobin, unter dem Deckgläschen verrieben nach Zusatz von Rubin sich roth färbt; Hämoglobinkrystalle dagegen färben sich violet. Diese Farbenänderung ist sogar für das unbewaffnete Auge sichtbar. Unter dem Mikroskop werden Sie sehen, dass die so gefärbten Krystalle eine farblose Scheide darstellen, in der ein entsprechend gefärbter Cylinder liegt.

Zum Schluss möchte ich noch hervorheben, dass die hier vorgetragenen Thatsachen vorläufig nur das Rohmaterial bilden, das in der nächsten Zukunft bearbeitet werden soll. Nichtsdestoweniger ist schon jetzt klar, dass die Farbstoffe künftig eine gewisse Rolle bei der Differentialdiagnose der Umwandlungsproducte der Eiweisskörper in den Geweben spielen werden und vielleicht zur Unterscheidung der Hämoglobinkrystalle verschiedener Thiere dienen werden, wofür ich einige Anhaltspunkte habe. Etwas Bestimmtes will ich über diese Frage noch nicht aussagen, sondern will mir nur die weitere Ausarbeitung des Rohmaterials reserviren. Nach Beendigung der Arbeiten werde ich es für meine Pflicht halten, die gewonnenen Resultate den geehrten Mitgliedern unserer Gesellschaft mitzutheilen.

Charkow, den 6. April 1894.

Referate.

Benzler: Einklemmung eines Hufsplitters bei einem Schädelbruch. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift № 3. 1894).

Pat. erhielt von einem Pferde einen Hufschlag mit dem unbeschlagenen Hinterhuf gegen die Stirn; Bewusstlosigkeit ca. 1/2 Stunde. Ca. 2 Ctm. oberhalb der rechten Augenbraue eine nach unten convexe Lappenwunde von 7—8 Ctm. Länge, in



deren Mitte 1 Hufsplitter ca. 1 Ctm. weit aus dem Knochen hervorragte; er sass so fest, dass er herausgemeisselt werden musste; der Splitter reichte bis zur dura mater, hatte eine Länge von 32 Mm., eine Breite von 17 Mm., und an dem dickeren (eingeklemmt gewesenen) Rande eine Dicke von 3—4 Mm.; von der tabula externa wurde ein in der Mitte eingebrochener ca. 20 Mm. langer 6 Mm. breiter Knochensplitter entfernt; die tabula interna war gegen die Schädelhöhle hineingedrängt und durch Kreuzsprünge in 4 ca. 10—12 Mm. lange, viereckige Stücke zersprengt, die herausgehoben und entfernt wurden. Genesung nach ca. 7 Wochen. Grimm.

Hürthle: Ueber den Secretionsvorgang in der Schilddrüse. (Deutsche med. Wochenschr. № 12, 1894).

In neuerer Zeit hat der Zusammenhang der Schilddrüse mit dem Auftreten gewisser Krankheiten, wie Myxoedem, Cachexia strumipriva das Interesse auch für die Morphologie dieses Organes wachgerufen und Verf. hat sich in vorliegender Arbeit die Frage vorgelegt, ob man an den Zellen der Follikel Veränderungen nachweisen könne, welche für die specifische Thätigkeit dieser Zellen sprechen und zweitens auf welchem Wege das Drüsensecret in den Körper gelange. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nun dass zwei Secretionsvorgänge anzunehmen seien: bei dem einen gehen die thätigen Zellen zu Grunde, bei dem anderen bleiben sie dagegen erhalten. Die hierbei statthabenden Zellveränderungen scheinen, wie Nervenreizungen bewiesen haben, von diesen unabhängig zu sein, wohl aber enthält das Blut Stoffe, welche die Drüsenthätigkeit anspornen. Diese Reize werden sehr verstärkt, wenn man den Gallengang unterbindet und Icterus erzeugt, da nach diesem Eingriffe reichlich Colloidtropfen in den Epithelzellen auftreten.

Noch interessanter ist der Weg, auf welchem das Secret die scheinbar allseitig geschlossenen Follikel verlässt: es befinden sich nämlich zwischen den Zellen Intercellularräume, von denen einige besonders breit sind und in denen man die Colloidmassen bis dicht an die angrenzenden Lymphräume verfolgen kann, welche gleichfalls Colloid enthalten. Daneben kommt der schon von früher bekannte Modus vor, dass Follikel platzen und auch auf diese Weise ihren Inhalt in die Lymphspalten ergiessen. Verf. meint nun, dass letzterer Vorgang die durch Zellenzerfall entstandenen Secrete entleere, während die ohne Zellenuntergang stattfindende Colloidproduction den Ausweg durch die Intercellularspalten findet. W. Gerlach.

Penzold: Beiträge zur Lehre von der menschlichen Magenverdauung unter normalen und abnormen Verhältnissen. (Deutsches Arch. für klin. Med. Bd. 51. Hft. 6).

Vorliegende Abhandlung fasst die Resultate einer ganzen Reihe von Arbeiten der Schüler P.'s zusammen. Von den gefundenen Thatsachen erscheinen als am sichersten begründet die gleich anzuführenden zu sein. Die Versuche waren angestellt, um die leichtere oder schwerere Verdaulichkeit einzelner Nahrungsstoffe festzustellen.

Als am leichtesten verdaulich unter den thierischen Stoffen erwies sich gekochtes Gehirn event. auch die Thymusdrüse, wenn sie sorgfältig zerkleinert werden kann, wozu aber ein Lospräpariren vom Bindegewebe erforderlich ist. Das Fleisch sogen. Grasgänse ohne Haut und Fett ist mittelverdaulich; junge Hühner, Tauben und Rebhühner sind leichtverdaulich, erreichen jedoch nicht die Leichtverdaulichkeit des Gehirnes; beim Geflügel ist im Allgemeinen weisses Fleisch leichter verdaulich als dunkles, gesottenes wiederum leichter als scharfgebratenes. Rindfleisch ist im Durchschnitt leichter verdaulich als weisses Geflügelfleisch; hier spielt jedoch die Auswahl des Fleischstückes und dessen Zubereitungsart eine grosse Rolle. So wird z. B. Filet als Braten oder Beefsteak in 4¼—4½ Stunden gelöst, roh gehackt jedoch schon in 3¼—3½ Stunden.

Eier weich gekocht sind leichter (1¾ St.) verdaulich als rohe (2½ St.). Rührei mit wenig Fett verhält sich analog rohen Eiern. Hartgekochte Eier sind für eine Krankendiät ungeeignet.

Caviar in schwach gesalzenem oder ungesalzenem Zustande sollte man nur in kleinen Mengen bei Kranken zulassen. Austern sind leichtverdaulich.

Pflanzliche Speisen verhalten sich in Bezug auf ihre Verdaulichkeit selbstverständlich gleichfalls sehr verschieden. Die Kartoffel ohne Schale gekocht von einer mehligen Sorte wurde am schnellsten verdaut. Zu den leichtest verdaulichen Stoffen gehört auch Blumenkohl; dann kommt Spargel gekocht, Kohlrabi, Möhren. Grüne Schnittbohnen sind am schwersten verdaulich unter den Gemüsen (4½ St.).

Sehr interessant sind die Ergebnisse mit Brod, welches mit 3¼ Stunden Magenaufenthalt eine Mittelstellung einnimmt, wobei Weissbrod und Albertbisquits im Magen ebenso lange bleiben wie Schwarzbrot, fast länger als Schrotbrot. Zwischen frischem oder altbackenem Zustande besteht gar kein Unterschied, wohl aber scheint trockenes Brot rascher als eingeweichtes resorbirt zu werden, weswegen P. den Rath ertheilt Kranke zu veranlassen zum Frühstück zunächst das Backwerk allein sorgfältig gekaut zu sich zu nehmen und erst hierauf das Getränk.

Fleischsaft, Fleischextract, Fleischsolution verhalten sich genau ebenso wie Mehl, Pepton und Wasser. Zum Schlusse stellt der Verfasser folgende Verdauungsscala auf, welche aus vier grossen Gruppen besteht je nachdem die Speise den Magen in 1—2, 2—3, 3—4 oder 4—5 Stunden verliess.

I. Gruppe. (1—2 St.). Wasser rein, Thee, Kaffe, Cacao ohne Zuthat, Bier, leichte Weine, gesottene Milch, Peptone mit Wasser, Fleischbrühe ohne Zuthaten, alles in einer Menge von 200,0, endlich 100,0 Eier weich gekocht.

II. Gruppe. (2—3 St.). 50,0: Albertbisquits; 70,0: Weissbrot, Zwieback, Brezel und Austern; 100,0: Eier roh und Rührei, Rindfleischwurst roh; 150,0: Blumenkohl, Spargel, Salzkartoffel, Kartoffelbrei, Kirschen roh und als Compot; 200,0: Kaffe mit Sahne, Cacao mit Milch, Malaga, gesottene Karpfen, Hecht, Schell- und Stockfisch; 250,0: gesottenes Kalbshirn und Kalbbries; endlich zu 300—500 Gramm: Bier, Wasser und gesottene Milch.

III. Gruppe. (3—4 St.). Hierher gehören: zu 100,0 Kalbsbraten, Beefsteak roh geschabt und gebraten (? Ref.) Lendenbraten, Albert-Bisquits; zu 150,0 Schwarz-, Weiss- und Schrotbrot, Kartoffeln, Gemüse, Kohlrabi, Möhren, Spinat — alle drei gesotten, Gurken-Salat, Radieschen roh, Aepfel, Schinken gekocht; zu ca. 230,0: junge Hühner gesotten, Rebhühner gebraten, Tauben gesotten und gebraten.

IV. Gruppe. (4—5 St.). 150,0 Linsen als Brei, Schnittbohnen; 100,0 Rauchfleisch; 200,0 Heringe in Salz, Erbsen als Brei; 250,0 Rindfilet, Beefsteak, Rebhühner, Gans, alle gebraten, Rindszunge geräuchert und endlich 280 Ente gebraten.

Auf Grund dieser Scala hat nun P. eine Tabelle für 4 verschiedene Kostarten zusammengestellt, welche man im Original nachlesen wolle: sie ist eine erweiterte Leube'sche. W. Gerlach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Hauser: Grundriss der Kinderheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Berlin. Fischers medicin. Buchhandlung. H. Kornfeld 1894. Preis geb. 7 Mark.

Ein dem praktischen Arzt sehr zu empfehlendes Buch. Als langjähriger Assistent an den Strassburger und Berliner Kinderkliniken (Prof. Kohts und Prof. Henoch) hat Verfasser Gelegenheit gehabt ausgiebige Erfahrungen auf dem Gebiete der Pädiatrie und namentlich der Diätetik des Kindesalters zu sammeln und hat dieselben in seinem Grundriss zu verwerthen verstanden. Der Anlage des Buches entsprechend sind die einzelnen Capitel zwar in kurzen Zügen abgehandelt worden, doch ist das Wesentliche überall scharf hervorgehoben, die verschiedenen Krankheitsbilder in klarer, präciser Ausdrucksweise wiedergegeben. Eingehende Besprechung hat die Therapie und speciell die diätetische Behandlungsmethode erfahren, was natürlich für die Praxis besonders schätzenswerth ist. Abelmann.

P. Profanter: Ueber Tussis uterina und Neurosen bei gynaekologischen Erkrankungen überhaupt. Wien 1894 Verlag von J. Safár.

In mannigfaltiger Weise sind Genitalaffectionen mit Störungen von Seiten der Nachbarorgane und Symptomen von Seiten des sympathischen und cerebrospinalen Nervensystems verbunden. Eine Reihe von periodisch auftretenden Sensationen, Neurosen, Reflexerscheinungen etc. stehen im Causalconnex mit einem bestehenden Genitalleiden und hören nach Beseitigung der letzteren auf.

Besonders interessirt Verf. eine Reflexneurose des Respirationstractus, die früher unter dem Namen «uteriner Husten» bekannt war. Dass sich die Stimme der Sängerinnen bei Erkrankungen des Uterus verändert (Leonhard) ist mehrfach beobachtet worden, ebenso ist bekannt, dass Frauen während ihrer Menstruationsperiode nicht wohlklingende Singstimmen haben. Der uterine Husten befällt vornehmlich herabgekommene, frühzeitig verfallene Frauen, setzt nach längerem oft jahrelangem Bestehen der Localerkrankung ein, exacerbirt oftmals während der Menstruationsdauer. Der Husten ist kurz, oberflächlich, trocken, mit rauhem Beiklang, periodisch anfallsweise auftretend. Man beobachtet sein Erscheinen nicht selten während der Gravidität, bald im Beginne, bald zu Ende derselben, öfter jedoch bei Frauen, welche an chronischen Erkrankungen des Genitalsystems (Oophoritis, Verwachsungen, Schrumpfungsprocesse etc.) leiden. Insulte verschiedener Art



wie Druck, Zerrung etc. auf Nervenbahnen und Ganglien, welche durch den localen pathologischen Process irritirt sind, können sehr wohl bei Berücksichtigung der zahlreichen und complicirten Verbindungen (sympathicus, vagus etc.) in weiter gelegenen Nervenbahnen Reflexerscheinungen hervorrufen. Die Behandlung ist eine causale: Auskratzung, operative Entfernung der Erosionen u. s. w., dabei roborirende Diät, Thermen und besonders heisse concentrirte Moorbäder. (29—30° R.), welche durch arterielle Congestion zu den Beckenorganen günstige Resorptionsbedingungen schaffen. Daneben permanente warme Irrigationen mit Mineralwässern und Beeinflussung der Darmfunction durch Glaubersalzhaltige Mineralquellen, schliesslich durch gynaekologische Massage.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen

der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 16. Februar 1894.

Herr von Brackel hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den gegenwärtigen Stand der Narkotisirungsfrage. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. med. Wochenschr. in extenso publicirt werden).

Discussion:

Auf eine Anfrage des Herrn Krüger, welche Resultate mit den combinirten Aether-Chloroform-Narkosen erzielt seien, erwiedert Herr von Brackel, dass nach den Berichten von Gurlt die combinirten Narkosen keine wesentlichen Unterschiede gegenüber den reinen Chloroform-Narkosen geben. Auch bei den gemischten Chloroform-Aether oder Chloroform-Aether-Alkoholnarkosen tritt doch nur das Chloroform in Wirkung. Bei der verschiedenen Flüchtigkeit des Chloroforms und des Aethers werden bei Anwendung einer offenen Maske die flüchtigen Aetherdämpfe wohl nichts zur Narkose beitragen; auch die gemischten Narkosen sind im Grunde reine Chloroformnarkosen; die üblen Zufälle treten auch hier ebenso wie bei reinem Chloroform auf.

Herr Kessler fragt, ob es nicht praktischer wäre, Chloroform, Aether und Alkohol nacheinander zu verabfolgen?

Herr von Brackel glaubt, dass es wohl zu empfehlen wäre, mit Chloroform zu beginnen, wenn man eine rasch eintretende Anaesthesie erzielen will. Damit wären jedoch die Schädlichkeiten, namentlich eine Synkope, die wohl meistens im Anfangsstadium der Chloroform-Narkose eintritt, nicht beseitigt. Chloroform-Wirkung und Nachwirkung bleibt immer bestehn, gleichviel ob Aether nachfolgt oder nicht.

Herr Kessler fragt, ob statistische Berichte darüber vorliegen, dass Eklamptische die Chloroform-Narkose schlecht vertragen — dass sie direct schädlich wirkt. K. hat mit andern Gynaekologen die Erfahrung gemacht, dass Chloroform bei Gebärenden gute Dienste leistet, ohne schädliche Wirkungen oder Nachwirkungen zu haben. K. erinnert sich eines Falles in der hiesigen Frauenklinik, wo bei einer schweren Eklampsie die Chloroform-Narkose 15 Stunden unterhalten wurde, (sie hatte im Ganzen 24 Unzen Chloroform verbraucht), ausserdem waren noch 1½ gran. Morph. subcutan injicirt worden; für Mutter und Kind verlief die Narkose günstig, die allerdings nicht absolut tief war, aber immerhin gut vertragen wurde; die Nieren hielten aus, nach 10 Tagen konnte Pat die Klinik verlassen.

Herr von Brackel erwiedert, dass statistische Berichte über Erfahrungen der Chloroform-Anwendung bei Eklampsie seines Wissens nicht vorliegen. Es sei aber nach den Untersuchungen von Luther wohl anzunehmen, dass wo schon eine Schädigung der Nierenfunction vorliege, dieselbe durch Chloroform verstärkt würde. Thatsache ist jedenfalls, dass nach einer tiefen Chloroform-Narkose bei nicht ganz Gesunden häufig Eiweiss im Harn nachzuweisen war und dass bei bestehender Albuminurie nach der Chloroform-Anwendung eine bedeutende Steigerung sich constatiren liess. Damit ist bewiesen, dass abgesehn von den pathologischen Befunden in den Thierexperimenten, das Chloroform auf die Nieren eine schädigende Wirkung hat.

Herr Kessler weist auf die Erfahrung Bernheims hin, dass Chloroform mit gleichzeitiger Anwendung der Suggestion die Gefahren der Narkose vermindere.

Herr Jaesche fragt, ob die Anwendung von Aether per rectum, wie sie seinerzeit von Pirogow geübt sei, noch gebräuchlich ist?

Herr von Brackel führt an, dass die Einleitung der Aethernarkose vom Rectum aus schlechte Folgen gehabt habe. Der Aether reizt die Darmschleimhaut, bedingt Thrombosen und kann unter Umständen zur Nekrose führen. Jedenfalls sind in neuerer Zeit die Pirogow'schen Vorschläge nicht wiederholt worden. Was die Application des Aethers heut zu Tage anlangt, so geschieht sie in ähnlicher Weise, wie die des Chloroforms. Nur muss man dafür Sorge tragen, dass die Aetherdämpfe sich nicht zu rasch verflüchtigen, sondern sehr concentrirt eingeathmet werden. Am besten wird das dadurch erzielt, dass man entweder die Aetherkappe von Julliard benutzt oder eine gewöhnliche Kappe mit einem impermeablen Ueberzug bedeckt; gleichzeitig wird um die Kappe ein feuchtes Handtuch gelegt, um das Entweichen der Aetherdämpfe zu verhüten.

Die persönlichen Erfahrungen Herrn von Zoege-Manteuffel's über das Chloroform sind so wenig befriedigende, dass er neuerdings zum Aether übergegangen ist. Z. hat in den letzten 3 Jahren bei jährlich ca. 400 Narkosen 3 Fälle von Synkope bei Kindern beobachtet; 2 genasen nach energischen rhythmischen Thoraxcompressionen, einer konnte trotz aller Bemühungen nicht gerettet werden (12-jähriger Knabe). In allen 3 Fällen handelte es sich um Synkope nicht im Beginn sondern am Ende der Narkose. In 2 Fällen war die Maske schon eine Weile entfernt (hierunter der Todesfall). Bei Erwachsenen sei in dieser Zeit kein Fall von Synkope vorgekommen, wohl aber eine Reihe Asphyxien, für die natürlich der Chloroformator verantwortlich zu machen sei, und die in keinem Fall schlimme Folgen hatten. Anders steht die Sache in Betreff der Nachwirkung des Chloroforms. Z. führt zwei Todesfälle, 2 und 3 mal 24 Stunden nach der Narkose, auf Spätwirkung des Chloroforms zurück. Ziehe er seine Erfahrungen aus der Assistentenzeit hinzu, so müsse er namentlich für das Pigmentherz in der Narkose eine Gefahr sehn, die selbst bis zum 10. Tage den Tod herbeiführen könne, der unter den Erscheinungen plötzlicher Herzlähmung erfolge. Es finde diese Anschauung eine Stütze in einer Beobachtung von Chloroformvergiftung per os, die Z. im Hospital zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Kranke hatte statt eines Schnapses ca. ½ Unze Chloroform verschluckt; danach mehrfaches Erbrechen und dann tiefe Narkose: das Erbrochene roch stark nach Chloroform. Energische Wiederbelebungsversuche brachten den mit schwindendem Pulse 12 Stunden in schwerer Narkose Liegenden schliesslich wieder zu sich. Das Herz erholte sich jedoch nicht vollständig, der Puls wechselte an Zahl und Intensität, blieb aber stets schwach. Inzwischen hatte sich der Kranke dennoch soweit erholt, dass er umherging, ass und trank. Am 12. Tage wird plötzlich eintretendes Uebelbefinden von der Wartung gemeldet. Pat. hat einen fliegenden fadenförmigen Puls, wird bald pulslos und stirbt unter den Erscheinungen eines Lungenoedems. Section bis auf den Nachweis eines wenig hochgradigen Lungenoedems und Pigmentherz negativ.

Von allergrösster Bedeutung sei für die Narkose die Wahl des Präparates. 3 Sorten sind in Anwendung gezogen worden.

I. von Merck Darmstadt das Pf. zu 1 Rbl. 20 Cop.
II. Marke E. H. das Pfund zu 3 Rbl. 60 Cop.
III. Schering'sches Chloral-Chloroform das Pfund zu 8 Rbl.

Es wurde verbraucht pro 1 Minute Narkose:

vom Präparat I — 1,66 Grm.
» » II — 0,77 »
» » III — 0,48 »

Das Excitationsstadium dauerte bei den Praeparaten I und II viel länger als bei Präparat III. Die Kranken konnten bei klarem Bewusstsein bis 200 und darüber zählen, während sie beim Schering'schen Chloral-Chloroform nur bis ca. 50 kamen. Ferner traten bei der billigsten Sorte Differenzen in der Folge der Narkotisirungssymptome auf, die sich ähnlich der Aethernarkose gestalteten. So blieb die allmähliche Verengerung der Pupillen aus. Es trat Pupillenstarre bei mittlerer Weite auf. Die Salivation war stark, das Gesicht livid-hyperaemisch. Bei dem Chloral-Chloroform hingegen vollzog sich die Einleitung der Narkose meist glatt, dagegen waren die Nachwirkungen ausserordentlich schwere. Der Puls wurde ausnahmslos kaum fühlbar, erholte sich sehr langsam, die Patienten blieben in halber Narkose oft 10—12 Stunden, es trat am 2. und 3. Tage sehr oft Icterus auf, alles Erscheinungen, die eine schwere Störung kennzeichnen. In beiden Todesfällen war ebenfalls Chloral-Chloroform gebraucht worden: je reiner, je concentrirter das Gift, um so schwerer die Vergiftungserscheinungen, eine Beobachtung, die eine weitere Stütze erhält durch die Angabe der Gurlt'schen Sammelstatistik, dass das Eis-Chloroform einen Todesfall auf 700 Narkosen ergab, somit wohl als direct gefährlich zu bezeichnen ist. Z. ist dann wieder zu der auch in Deutschland meist gebrauchten Marke E. H. zurückgekehrt.

Wenn Z. also in Summa mit dem Chloroform schlechte Erfahrungen gemacht hat, so sei vielleicht die Applicationsweise daran Schuld. Die Kappeler'sche Maske besitze Z. nicht. Dagegen hat er wohl Tropfnarkosen versucht. Obgleich die von Dr. v. Wistinghausen construirte Tropfmaske die Application sehr bequem gestatte, hat Z. keine wesentlichen Vortheile gesehn. Das Excitationsstadium dauerte unverhältnissmässig lange, und involvire das eine Belastung des Herzens, die durch Aufgiessen vermieden werden könne. Es hatte sich ferner ein grösserer Verbrauch von Chloroform herausgestellt. Z. weiss wohl, dass er sich mit diesen Angaben im Widerspruch zu einer grossen Anzahl von Autoritäten befände, könne aber

daran nichts ändern. Allerdings habe er in Rücksicht auf das oben Erwähnte die Tropfnarkose bald wieder aufgegeben, so dass seine Erfahrungen in dieser Richtung keine sehr reichen seien. Der Anfang hätte aber zu weitern Versuchen nicht ermuthigt. Auch die Mischnarkose, Chloroform-Morphium und Chloroform-Aether hat Z. wieder aufgegeben. Bei letzterer käme eigentlich nur verdünntes Chloroform in Anwendung oder der Aether verwische die Symptome der Art, dass der Narkotiseur unsicher werde. Z. schliesst sich im Hinblick auf die reproducirte Gurlt'sche Statistik dem Vortragenden durchaus an, wenn er den Aether als ungefährlicher und bequemer empfehle. Die ersten Versuche (20) die in der Privat-Klinik und im Bezirkshospital gemacht wurden, sind durchweg und in hervorragendem Maasse ermuthigend.

Nachdem v. Zoege und v. Brackel angeführt, dass die Folge der Lähmungen bei der Chloroform-Narkose eine verschiedene sein könne (z. B. zuerst Hypoglossus-Lähmung, zuerst vollkommene Muskelerschlaffung etc.), der plötzliche Tod aber immer durch Herzparalyse bedingt sei, wird durch Herrn Dehio, v. Zoege und v. Brackel constatirt, dass der Herzstillstand eintreten könne in Folge 1) von Lähmung des vasomotorischen Centrums, 2) durch directe Lähmung der Herzganglien, und 3) reflectorisch durch Reizung des Vagus.

Herr Prof. Körber wird per acclamationem zum Ehren-Mitgliede der med. Gesellschaft gewählt.

Z. Z. Secretär: Robert Koch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

570 Sitzung am 15. März 1894.
Vorsitzender Herr Tiling.

1. Herr Wulff demonstrirt 2 nach Trendelenburg wegen Varices operirte Kranke. Seit dem Jahre 1889 sind im Obuchowhospital 22 Patienten operirt worden, in diesem Jahre 5 Fälle. Die Beschwerden der Kranken bestanden in Geschwüren, Eczemen, Blutungen, leichtem Ermüdungs- und Kältegefühl sowie rheumatoiden Schmerzen in den erkrankten Extremitäten. Die Operation ist ein unbedeutender Eingriff, der mit Zuhülfenahme localer Cocainanaesthesie ausgeführt wird. Nachdem im Stehen die Stelle der Vene, welche unterbunden werden soll markirt ist, wird der Pat. hingelegt und die Vene nach Cocaininjection freigelegt. Darauf wird die Extremität erhoben, und die Vene nach Knüpfung der Ligatur durchschnitten. Die Wunde wird vernäht, und ein comprimirender Verband angelegt, der nach 8 Tagen gewechselt wird. Irgend welche Complicationen im Wundverlaufe sind nicht beobachtet worden. Ueber die endgültigen Resultate kann noch kein abschliessendes Urtheil gefällt werden. Jedenfalls ist soviel sicher, dass die Pat. von ihren Beschwerden befreit wurden. In dem einen der vorgestellten Fälle wurde zuerst die Operation an der einen Extremität und nach einem Jahr auf Verlangen des Pat., der Tischler ist, auch an der anderen Extremität ausgeführt. Der Pat. ist bis jetzt ohne subjective Beschwerden, nur einige ganz kleine Varix-Knoten sind noch zu bemerken. Ein andrer Pat., ein Kellner, der vor 3 Jahren operirt wurde, ist auch ohne Beschwerden geblieben; einzelne kleine Varixknoten, die nach der Operation zurückblieben, scheinen sich zu verkleinern. Da sich histologische Veränderungen auch an den scheinbar unveränderten Venen solcher Pat. finden, und ein Zusammenhang zwischen Arteriosclerose und Phlebosclerose zu existiren scheint, ist eine sichere Radicalheilung noch fraglich. Der palliative Werth der Operation ist jedenfalls nicht zu unterschätzen. Auf die Frage des Herrn Tiling ob Vortragender eine Beziehung zwischen Plattfuss und Varices hat nachweisen können — der eine der vorgestellten Pat. hatte einen Plattfuss —, und ob er Erfahrungen über das von Landerer gerühmte Pelottenverfahren besitzt, antwortet Herr Wulff verneinend.

2. Herr Tiling berichtet über 2 Fälle von Trepanation des Schädels bei Jackson'scher Epilepsie. Der eine der beiden operirten Patienten wird dem Verein demonstrirt. Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt.

3. Herr W. Beckmann berichtet über einen durch Laparotomie geheilten Fall einer 2-monatlichen Tubargravidität und demonstrirt das zugehörige Präparat. Die resecirten Adnexe bestehen aus dem rechten Ovarium, einem Stück des ligam. latum und der Tube. Von letzterer ist das uterine Ende in einer Länge von 2,5 Ctm. unverändert, weiter legt sich die Tube dem Fruchtsack an, um schliesslich in denselben überzugehen. Der Fruchtsack stellt einen länglichen mehr weniger cylindrischen Körper mit abgerundeten Enden dar. Seine Länge beträgt 11 Cm., sein Querdurchmesser 5 Cm. Am abdominalen Ende des Tubensackes findet sich eine Oeffnung mit unregelmässigen gerissenen Rändern, aus der ein derbes Blutcoagulum hervorragt. Nach Härtung des Präparates in Spiritus wurde ein Schnitt parallel der Längsaxe des Fruchtsackes geführt, derselbe eröffnete die erweiterte Tube, aus der sich ein ovoider Körper – das Ei — leicht herausschälen liess. Die innere Tubenoberfläche war glatt und nur an wenigen Stellen adhärirte eine dünne Schicht geronnenen Blutes. Die Dicke der Tubenwand betrug nirgends mehr als 1 Mm., stellenweise aber stellte dieselbe eine durchsichtige dünne Membran vor von bindegewebigem Aussehen. Das herausgeschälte Ei hatte eine ovoide Gestalt und am distalen Pol eine Oeffnung, die in die Eihöhle führte. Die eröffnete Eihöhle enthielt flüssiges Blut und war mit Amnion ausgekleidet. In derselben fand sich ausserdem ein 2,5 Cm. langer Foetus an einer 3 Cm. langen Nabelschnur. Der Foetus wies 4 Extremitätenstummel auf, an den Armen war schon die Anlage der Finger angedeutet. Die Wand des Eies war am heilen, centralen Pol am dicksten und betrug fast 2 Cm., weiter gegen den anderen Pol hin verdünnte sie sich allmählich und ging am distalen Pol in eine papierdünne Membran über, welche die Fortsetzung des Amnion vorstellte. In dieser Membran fand sich die Rupturstelle. Im zum Uterus näher gelegenen Eipol befand sich die Placenta die sich auch ziemlich weit auf die Längswände der Eihöhle erstreckte. Die Dicke der Wand war zum Theil auf in dieselbe stattgehabte Blutungen zurückzuführen. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates steht noch aus.

Secretär: W. Beckmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— M. Marie. Sitzung der ärztlichen Gesellschaft vom 23. Februar 1894. (La France médicale Nr. 9).

Vortragender meint, dass die Erfahrungen bei der Behandlung mit Schafs Thyreoid. Drüsen durch die dabei auftretenden Symptome — Tachykardie, Temperatur-Erhöhung, Schlaflosigkeit, Unruhe, Polyurie, Albuminurie, unvollständige Paraplegie, Hitzegefühl, übermässige Schweiss-Secretion, etc. den Gedanken erwecken, dass die Basedow'sche Krankheit auf einer Hyperthyroidation des Organismus beruhe. Wenn das der Fall ist, so müsste eine Thyroidectomie in diesen Fällen Heilung schaffen. Prof. Tillaux hat als Erster die Operation gemacht und zwar mit Erfolg bei 2 Pat. — Nach einer Statistik von 41 Fällen, die Putnam aufgestellt hat, sind 34 Heilerfolge zu erwähnen, 4 Mal ist der Tod erfolgt, 2 Mal Tetanus, 1 Mal ergab sich keine Besserung. Nach des Vortragenden Ansicht müsste die Behandlung der Basedow'schen Krankheit aus den Händen der Therapeuten in die der Chirurgen übergehen.

Grimm.

— Goldendach empfiehlt Secale cornutum gegen die Nachtschweisse der Phthisiker. Nachdem er die verschiedensten Mittel, wie Chinin, Atropin, Plumbum aceticum, Hyoscin, Strychnin ganz ohne Erfolg angewandt hatte, versuchte er den Patienten zur Nacht 0,3 Secale cornutum zu geben. Der Erfolg war ein eclatanter; die Nachtschweisse hörten ganz auf, oder wurden stark reducirt. Zuweilen waren 2 Dosen à 0,3 in stündlichen Intervallen gegeben, erforderlich.

(Jushno-russk. med. Gas. № 16).

— v. Mosetig-Moorhof constatirt abermals die günstige Wirkung der Anilinfarbstoffe auf maligne Tumoren. Bei einer 52-jährigen stark abgemagerten Frau wurde ein mit der Bauchwand verwachsener Tumor der Gallenblase diagnosticirt. Nach Eröffnung der Gallenblase wurde eine markschwammähnliche Masse ausgelöffelt, die sich als Carcinom erwies. Nach einigen Wochen fing von Mosetig-Moorhof die Behandlung mit Anilinfarbstoff an: local wurde alle 2 4 Tage je ein bis an den Grund der Gallenblase reichendes Methylviolettstäbchen eingelegt, innerlich wurde pro die 0,6 Methylenblau verabreicht. Unter dieser Therapie erholte sich die Kranke ganz erheblich, sie nahm an Körpergewicht und an Kräften zu; der Tumor ist geschrumpft die Schnittwunde bis auf einen kurzen Hohlgangrest fest vernarbt und etwas eingezogen.

(Wiener med. Presse, № 20).

Prof. Dr. Friedrich Bidder †.

Die meisten Leser unserer Wochenschrift haben wohl schon durch die Tagespresse die Trauerbotschaft von dem Ableben des Nestors unserer baltischen Landesuniversität, des Prof. emerit. Dr. Friedrich Bidder erfahren. Erst wenig Monate sind es her dass wir (cfr. № 15 dieser Wochenschrift) pietätvoll des 60-jährigen Doctorjubiläums des ehrwürdigen Greises gedachten und heute hat sich die Gruft über den Resten dieses edlen Mannes und berühmten Gelehrten geschlossen. Was ihm die Wissenschaft und unsere Hochschule zu danken hat, ist in unserer Wochenschrift (cfr. Jahrgang 1884 № 15 und 16) hervorgehoben worden, als wir ihm unsere Glückwünsche zu dem Tage darbrachten, da sich fünf Decen-



nien vollendeten seit **Friedrich Bidder** an der Universität Dorpat zum Doctor medicinae promovirt wurde. Dennoch sei es uns gestattet auch am heutigen Tage dieses reichen Lebens, dessen Kreis nun geschlossen ist, zu gedenken.

Am 28. October 1810 geboren hat Friedrich Bidder den grösseren Theil seiner Jugend in Kurland als Zögling des Mitauschen Gymnasiums verbracht. Im Jahre 1828 bezog er die Universität Dorpat, an welcher er gleich nach seiner Promotion als stellvertretender Prosector angestellt wurde. Nach einem Jahr ergänzender Studien, das er in Berlin, Halle und Leipzig verbrachte wurde er im Juni 1836 zum ausserordentlichen Professor und im Jahre 1842 zum ordentlichen Professor der Anatomie ernannt. Doch schon ein Jahr darnach bestieg er als Nachfolger des bekannten Prof. A. V. Volkmann d. Ae. das Katheder der Physiologie und der damals noch mit ihr vereinigten Pathologie, welches er bis zum Jahre 1869 inne gehabt hat. Von 1843 bis 1855 war Bidder Decan der medicinischen Facultät und im December 1858 wurde er Rector magnificus der Universität, welche Stellung er bis zum Jahre 1865 bekleidete. Im Jahre 1869 wurde er emeritirt und seitdem hat er noch 25 Jahre eines schönen, geistesfrischen Alters an dem gewohnten Orte seiner Wirksamkeit verbracht. Im December 1879 hat ihm die Kaiserliche Academie der Wissenschaften als Erstem die kürzlich gestiftete K. E. von Baer-Medaille für seine wissenschaftlichen Verdienste zuerkannt und zur Feier seines 50-jährigen Doctorjubiläums wurde ihm die Ehrenmitgliedschaft dieser Körperschaft sowie die des Conseils der Universität Dorpat zu Theil; zugleich wurde er an diesem Tage berathendes Mitglied des Medicinalraths, sowie Ehrenmitglied zahlreicher anderer wissenschaftlicher Gesellschaften und Institute des In- und Auslandes.

Bidder's wissenschaftliche Thätigkeit hat sich, wie allbekannt, vorzugsweise auf dem Gebiet der Anatomie und Physiologie bewegt und hier sind es wiederum die specielle Nervenphysiologie und die Lehre von den Verdauungssäften, die den bahnbrechenden Untersuchungen und Entdeckungen dieses Forschers zum guten Theil ihre moderne Grundlage verdanken. Die lange Reihe von Journalartikeln und grösseren Arbeiten welche Bidder theils selbstständig, theils in Gemeinschaft mit Anderen herausgegeben hat, findet sich im Jahrgang 1884 unserer Wochenschrift pag. 146 zusammengestellt. Hier sei nur an das berühmte Werk von Bidder und C. Schmidt «Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel, eine physiologisch-chemische Untersuchung» erinnert, auf welchem noch heute die Lehre von der Verdauung basirt ist. Wie weit sich die Wirkung dieser im Jahre 1852 veröffentlichten Forschungen auch in das Gebiet der Pathologie und Therapie hinein erstreckt, das haben erst die letzten Jahre gezeigt, denn die modernen Ergebnisse der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes, welche für die Lehre von den Magenkrankheiten eine neue verheissungsvolle Aera eröffnet haben, sie führen uns in letzter Linie auf die maassgebenden Entdeckungen von Bidder und Schmidt zurück. Nicht anders verhält es sich mit Bidders Untersuchungen über die nervösen Centra des Herzens und der Herzzweige des Vagus. Im Bidder'schen Herzcentrum ist sein Name verewigt. Unsere Anschauungen von der relativen Selbstständigkeit des sympathischen Nervensystems und über das Verhältniss der Ganglienkörper zu den Nervenfasern verdanken wir Bidder und Volkmann, die Lehre von der doppelseitigen Leitung der Nervenfaser beruft sich noch heute auf das Bidder'sche Experiment der Zusammenheilung des N. lingualis mit dem N. hypoglossus. Die Bidder'schen Untersuchungen über die secretorische Thätigkeit der Nieren gehören zu den ersten Versuchen an überlebenden Organen. So liessen sich noch viele Kapitel der Physiologie namhaft machen, in denen Bidders intuitiver Scharfblick und experimentelles Geschick befruchtend und anregend gewirkt hat, und wenn auch die rastlos vorwärts strebende Zeit vielfach über diese Entdeckungen hinausgeschritten ist, so wird doch eine Geschichte der Physiologie den Spuren der Bidder'schen Geistesarbeit immer wieder begegnen.

Was Bidder als academischer Lehrer geleistet hat, dafür findet sich unter seinen einstigen Schülern noch mancher lebendige Zeuge; sind es auch Alle schon graue Häupter, so lebt in ihnen doch auch heute noch die Erinnerung an die glänzende Diction und die vollendete Klarheit seiner Vorträge und das Geschick seiner Demonstrationen.

Als Rector der Universität war es Bidder beschieden eine glückliche Periode des Lebens unserer Alma mater zu inauguriren. Das neue allerhöchst bestätigte Statut der kaiserlichen Universität Dorpat vom Jahre 1865, welches bis in die neueste Zeit Geltung gehabt hat, gewährte der Universität eine Freiheit des inneren Lebens, welche die ungestörte Entfaltung aller wissenschaftlichen und erzieherischen Kräfte derselben erst ermöglichte. Diesem Statut verdankt die Universität Dorpat ihre Blüthe in den letzten Decennien, und Bidder, als derzeitiger Rector, hat an der Ausarbeitung desselben einen hervorragenden Antheil gehabt. Wie der Lehrkörper, so hat auch die Studentenschaft dem Rectorate Bidders viel zu danken, denn seiner Fürsprache beim damaligen Curator von Bradke ist es zuzuschreiben, dass von den studentischen Verbindungen der Fluch der halben Heimlichkeit genommen und ihnen gestattet wurde, frei und öffentlich ihre Farben und Abzeichen zu tragen. Die academische Jugend hat sich dieses Zeichens des Vertrauens ihrer Obrigkeit würdig erwiesen.

Nach innen und nach aussen kräftigte und erweiterte sich unter Bidder's Fürsorge das Leben der Universität und als dauerndes Denkmal jener Zeit erhebt sich die Universitätskirche, deren Bau und Vollendung zu den wichtigsten Amtsthaten dieses kraftvollen und energischen Mannes gehört. So ist Bidder eigentlich der Gründer der lutherischen Universitätsgemeinde geworden, zu deren treuesten Gliedern er bis an sein Lebensende gehört hat.

Der Ruhestand, in den Bidder zurücktrat, nachdem er 35 Jahre als Lehrer und Leiter unserer Hochschule thätig gewesen, war für ihn kein Zustand der Unthätigkeit. Die geistige Frische, welche ihm bis in sein hohes Alter eigen blieb, befähigte ihn noch lange Jahre als Präsident der Dorpater Naturforschergesellschaft anregend zu wirken, und länger noch hat er als Präses des Dorpater Hilfsvereins Gutes gethan und Leid und Noth der armen Bevölkerung unserer Stadt gelindert.

In der Vielseitigkeit der Lebensarbeit dieses allverehrten Mannes spricht sich am deutlichsten die hohe Begabung desselben aus. Ein weltberühmter Gelehrter und academischer Lehrer, ein umsichtiger und kraftvoller Rector magnificus, ein thatkräftiger Organisator auf verschiedenen Gebieten des praktischen Lebens, ein liebreicher Helfer unter seinen Mitmenschen — so stand Bidder da in den Augen seiner Zeitgenossen und so ist sein Andenken auch uns, den Kindern einer spätern Zeit überliefert worden. Es bleibe in Ehren!

19. August, 1894. **Dehio.**

Vermischtes.

— Die **Choleraepidemie in St. Petersburg** wies in der letzten Woche eine erfreuliche Abnahme auf. Es erkrankten vom 18. bis zum 24. August 12 Uhr Mittags 185 Personen, genasen 136, starben 108 Personen und verblieben am 24. August in Behandlung 129 Cholerakranke. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 21. August 12 Uhr Mittags in St. Petersburg [illegible] Personen erkrankt, 2083 gestorben und 2080 Personen genesen.

Im **Gouvernement St. Petersburg** sind nach dem neuesten officiellen Cholera-Bulletin vom 7. bis zum 13. August 303 Personen erkrankt und 146 gestorben. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel nach dem letzten officiellen Bulletin auf das Gouvernement **Radom** (vom 31. Juli bis zum 13. August 1285 Erkrankungen und 617 Todesfälle); dann folgen die Gouvernements: **Kjelze** (vom 31. Juli bis 6. August 1138 Erkr. und 565 Todesf.), **Warschau** (vom 31. Juli bis 6. August 1004 Erk. und 532 Todesf.), **Petrokow** (vom 7. bis 13. August 906 Erkr. und 445 Todesf.), **Ssedlez** (vom 7.—13. August 307 Erkr. und 183 Todesf.), **Nishnij-Nowgorod** (vom 1. bis 7. August 208 Erkr. und 109 Todesf.), **Nowgorod** (vom 7.—13. August 181 Erkr. und 100 Todesf.), und **Bessarabien** (vom 7. bis zum 13. August 175 Erkrankungen und 47 Todesfälle). In den übrigen von der Seuche ergriffenen und in dem Bulletin aufgeführten Gouvernements Kaluga, Ljublin, Kurland, Livland, Estland, Astrachan, Witebsk, Wolhynien, Kowno, Minsk, Podolien, Wladimir, Kasan, Kostroma, Olonez, Pskow, Rjasan, Ssamara, Ssaratow, Twer und Jarosslaw betrug die Zahl der Erkrankungen unter 100. Das Gouvernemet **Grodno**, das auf dem vorletzten Bulletin die grösste Zahl der Erkrankungen aufzuweisen hatte, ist im neusten Bulletin nicht aufgeführt. In der Stadt **Warschau** erkrankten vom 7. bis zum 13. August, 153 und starben 63 Personen. **Kronstadt** findet sich im Bulletin mit 3 Erkrankungen und 1 Todesfalle vom 9. bis zum 18. August aufgeführt. In **Riga** erkrankten nach den von der örtlichen Medicinalverwaltung in den Rigaer Blättern veröffentlichten Bulletins bis zum 22. August incl. im Ganzen 174 Personen, von denen 79 verstorben sind; krank verblieben zum 23. August 61 Personen.

— Die **Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs** betrug am 20. August d. J. 5655 (47 mehr als in der Vorwoche), darunter 283 Typhus — (18 weniger), 729 Syphilis — (6 mehr), 69 Scharlach — (14 mehr), 31 Diphtherie — (13 mehr), 18 Masern — (7 weniger), 4 Pocken — (2 weniger) und 168 Cholerakranke (38 mehr als in der Vorwoche).



Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. August 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
368	282	650	102	48	113	14	8	21	77	85	66	45	36	25	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 15, Diphtherie 20, Croup 5, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 149, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 64, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 72, Todtgeborene 34.

Der VI. livländische Aerztetag

findet am 5., 6. und 7. September 1894 in Wolmar statt.

Die Herren Collegen, welche sich an demselben betheiligen wollen, werden gebeten, rechtzeitig, d. h. bis spätestens zum 1. September dem Unterzeichneten darüber Mittheilung zu machen, damit die erforderlichen Quartiere beschafft werden können.

Wolmar, August 1894. **Dr. med. G. Apping.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Marie Winkler, уг. Солянова пер и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Frau **Amalie Schulze**, Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.

Дозв. ценз. Спб. 27 Августа 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, 3. (15.) September **1894**

Ueber die therapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum.

Von

Dr. H. Kucharzewski.

Arzt am Evangelischen Krankenhause in Warschau.

Das Phenocollum hydrochloricum ist das salzsaure Salz des Amido-acet-para-Phenetidin, welches aus Amidoessigsäure und Phenetidin durch Wasseraustritt gewonnen wird. Dieses Mittel erscheint in der Gestalt eines weissen, mikrokrystallischen Pulvers, von leicht aromatischem Geruche, bittersalzigem Geschmacke; in Wasser und Alkohol (90°) löst es sich in circa 15 Theilen bei Zimmerwärme; in Aether und Chloroform löst es sich nicht; in Glycerin bei Erwärmung bis 60° löst es sich im Verhältnisse 1:2 — diese Lösung gerinnt jedoch ungemein schnell zu einer weissen dem Aussehen nach speckähnlichen Masse. Dieses Präparat, obwohl unlängst erfunden, war schon der Gegenstand einiger Arbeiten und Abhandlungen.

Seine Wirkung soll eine antifebrile, antirheumatische und antineuralgische sein.

Angeregt durch die guten Erfolge, welche die DDr. Hertel und Herzog bei Anwendung des Phenocoll erhielten (andere Arbeiten sind später erschienen), begann ich im October 1891 im Warschauer Evangelischen Krankenhause meine Forschungen über die therapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum.

Das Präparat erhielt ich zu diesem Zwecke unmittelbar aus der Berliner Fabrik unter der Firma: Chemische Fabrik auf Actien vorm. E. Schering.

Im Allgemeinen habe ich im Hospitale das Phenocoll in folgenden 15 Fällen angewandt: Phthisis pulmonum 3 Fälle, Typhus abdominalis 1 Fall, Erysipelas faciei 1 Fall, Ischias 2 Fälle, Cholelithiasis 1 Fall, Myelitis chronica 1 Fall, Neuralgia trigemini 1 Fall, Rheumatismus chron. 4 Fälle, Rheumatismus acut. 1 Fall.

Ich gehe nun zu einer kurzen Beschreibung obiger Fälle über.

I. Marie S. 27 Jahre alt, Phthisis pulmonum, aufgenommen am 22. October 1891. Hectisches Fieber, die Temperatur steigt bis 40°. Des Morgens fieberloser Zustand.

28. Oct.: 2 Uhr Nachm. 39,0 Phen. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 38,2 Phen. h. 0.5; 6 Uhr Abds. 36,0 Schweiss; 7 Uhr Abds. 37,8; 10 Uhr Abds. 37,6.

29. Oct. 8 Uhr Morg. 37,7; 2 Uhr Nachm. 38,8 Phen. h. 0,4; 4 Uhr Nachm. 38,2 Phen. h. 0,4; 6 Uhr Abds 37,0; 8 Uhr Abds. 37,0.

30. Oct. 8 Uhr Morg. 37,2; 2 Uhr Nachm. 38,6 Phen. h. 0,4; 4 Uhr Nachm. 37,6 Phen. h. 0,4; 6 Uhr Abds. 36,8; 8 Uhr Abds. 37,1.

31. Oct. 8 Uhr Morg. 37,4; 2 Uhr Nachm. 38,0 Phen. h. 0,4; 4 Uhr Nachm. 37,4 Phen. h. 0,4; 6 Uhr Abds. 37,1 Schweiss, darauf Frösteln; 8 Uhr Abds. 37,0.

1. Novbr. 8 Uhr Morg. 38,0; 2 Uhr Nachm. 38,3 Phen. h. 0,4; 4 Uhr Nachm. 37,0 Phen. h. 0,4; 6 Uhr Abds. 36,6 Schweiss, darauf leichtes Frösteln; 8 Uhr Abds. 37,1

In diesem Falle verminderte eine ganz unbedeutende Dosis (2 × 0,4) das Fieber auf eine ganze Reihe von Stunden. Störungen von Seiten des Herzens, der Lungen und der Verdauungsorgane fanden nicht statt.

II. Franz Z. 24 J. alt, trat in die Abtheilung am 19. Oct. 1891. Phthisis pulmonum. Hectisches Fieber bis 40°. Des Morgens fieberloser Zustand.

28. Oct. 8 Uhr Morg. 37,7; 2 Uhr Nachm. 38,7 Phen. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,7 Phen. h. 0,5; 7 Uhr Abds. 37,0 starker Schweiss

29. Oct. 8 Uhr Morg. 37,4; 2 Uhr Nachm. 38,6 Phen. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,8 Phen. h. 0,5+0,0005 Atrop. sulf.[1]); 7 Uhr Abds. 38,2.

30. Oct. 8 Uhr Morg. 38,1; 2 Uhr Nachm. 38,2 Phen h. 0,6; 4 Uhr Nachm. 38,0 Phen. h. 0,6; 7 Uhr Abds 37,0 unbedeutender Schweiss.

31. Oct. 8 Uhr Morg. 38,0; 2 Uhr Nachm. 39,0 Phen. h. 0,6; 4 Uhr Nachm. 37,4 Phen. h. 0,6 + 0,0005 Atr. sulf.; 7 Uhr Abds. 38,1; 9 Uhr Abds. 38,3.

1 Nov. 8 Uhr Morg. 38,0; 2 Uhr Nachm. 39.6 Phen. h. 0,6; 4 Uhr Nachm. 37,4 Phen. h. 0,6 + Atr.; 7 Uhr Abds. 38,2; 9 Uhr Abds. 38,3.

2. Nov. 8 Uhr Morg. 37,8; 2 Uhr Nachm. 39,6 Phen. h. 0,6; 4 Uhr Nachm. 37,7 Phen. h. 0,6; 7 Uhr Abds. 37.3; 8 Uhr Abds. 37,2.

---

[1]) Da der Kranke am 28/X starken Schweiss hatte, der ihn entkräftete, so gab ich ihm am nächsten Tage bei der zweiten Phenocolldosis 0,0005 Atropinum sulfuricum; an diesem Tage zeigte sich kein Schweiss,

In diesem Falle verminderten kleine Dosen des Phenocoll die Temperatur zuweilen um 2,4°. Die Schweisse, welche bei der Entfieberung eintraten, wurden mit Erfolg durch gleichzeitige Darreichung von Atropin unterdrückt.

III. Franz F. 51 J. alt. Phthisis pulmonum aufgenommen am 21. Nov. 1891. Der Kranke fiebert.

31. Dec. 6 Uhr Morg. 37,8; 8 Uhr Morg. 38,1 Ph. h. 0,5; 11 Uhr Morg. 37,6 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 37,0 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,4 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 37,7.
1. Jan. 1892 6 Uhr Morg. 37,4; 9 Uhr Morg. 38,2 Ph. h. 0,5; 11 Uhr Morg. 37,9 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 37,2 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 36,4 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 37,3.
2. Jan. 6 Uhr Morg. 37,6; 11 Uhr Morg. 38,2 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 37,2 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,1 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 36.4 Ph. h. 0,5; 9 Uhr Abds. 36,9.
3. Jan. 6 Uhr Morg. 38,6; 9 Uhr Morg. 38.7 Ph. h. 0,5; 11 Uhr Morg. 38,1 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 37,4 Ph. h. 0.5; 4 Uhr Nachm. 37,2 Ph. h 0,5; 7 Uhr Abds. 37,3.
4. Jan. 7 Uhr Morg. 38,2; 11 Uhr. Morg. 38,5 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 37,1 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,1 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 37,0 Ph. h. 0,5; 8 Uhr Abds. 36,8.
5. Jan. 7 Uhr Morg. 38,6; 9 Uhr Morg. 38,7 Ph. h. 0,5; 11 Uhr Morg. 37,5 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 36,6 Ph. h. 0,5; 5 Uhr Nachm. 36,7 Ph. h. 0,5; 9 Uhr Abds. 36,5.

Aus den hier angeführten Ziffern ist ersichtlich, dass man bei diesem Kranken die Körpertemperatur mit 4 Dosen à 0,5 den ganzen Tag über im normalen Zustande zu erhalten vermochte.

IV. Constanzia M. 26 J. alt, Typhus abdominalis. Aufgenommen am 22. Oct. 1891. Die Temperatur schwankt zwichen 39,4—40,6°.

28. Oct. 8 Uhr Morg. 39,2; 10 Uhr Morg. 40,0; 2 Uhr Nachm. 40,4 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm, 38,8 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 37,4; 8 Uhr Abds. 38,1.
30. Oct. 8 Uhr Morg. 39,4; 10 Uhr Morg. 40,2; 2 Uhr Nachm. 39,8 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 37,6 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 37,2; 8 Uhr Abds. 38,0.
31. Oct. 8 Uhr Morg. 39,6; 10 Uhr Morg. 40,1; 2 Uhr Nachm. 40,4 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 38,6 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds 38,1; 8 Uhr Abds. 38,0; 10 Uhr Abds. 40,4.
1. Nov. 8 Uhr Morg. 39,2; 10 Uhr Morg. 40,0; 2 Uhr Nachm. 40,8 Ph. h. 0,6; 4 Uhr Nachm. 38,2 Ph. h. 0,6; 6 Uhr Abds. 37,9; 8 Uhr. Abds. 38,0; 10 Uhr Abds. 41,0.
2. Nov. 8 Uhr Morg. 39,1; 10 Uhr Morg. 39,4; 2 Uhr Nachm. 40,4 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 38,5 Ph. h. 0,5; 5 Uhr Nachm. 37,4 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 36,6; 8 Uhr Abds. 36,0 Schweiss; 10 Uhr Abds. 37,1.
3. Nov. 8 Uhr Morg. 39,0; 10 Uhr Morg. 39,2; 2 Uhr Nachm. 39,4 Ph. h. 0,5; 4 Uhr Nachm. 38,0 Ph. h. 0,5; 5 Uhr Nachm. 37,3 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 36,0 Schweiss; 8 Uhr Abds. 36,3; 10 Uhr Abds. 37,0;

Am 6. Nov. erst begann die Temperatur von selbst stufenförmig zu fallen.

Im angeführten Falle gelang es uns mit kleinen während der Acme dargereichten Dosen die Temperatur zum normalen Zustande zurückzuführen, zuweilen für einen längeren Zeitabschnitt, wie wir es am 2. und 3. November sehen. Einmal nach 1,5 Phenocoll verminderte sich die Temperatur um 4°. Der Wiederanstieg des Fiebers des Abends war gewöhnlich von einem Frost begleitet.

V. Thomas G. 54 J. alt, Erysipelas faciei, aufgenommen am 6. Februar 1892; Fieber. Die Temperatur schwankt zwischen 38°—40°.

8. Febr. 8 Uhr Morg. 38,0; 10 Uhr Morg. 38.5 Ph. h. 0,5; 12 Uhr Morg. 37,4 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 36,0; 4 Uhr Nachm. 36,2 Ph. h. 0,5; 6 Uhr Abds. 36,4.
9. Febr. 8. Uhr Morg. 38,1; 10 Uhr Morg. 38,3 Ph. h. 0,5; 12 Uhr Morg. 37,2 Ph. h. 0,5; 2 Uhr Nachm. 36,4; 4 Uhr Nachm. 36,3 Ph. h. 0,5 Schweiss; 6 Uhr Abds. 36,2.
10. Februar. Fieberloser Zustand.

VI. Peter J. 30 J. alt, trat am 3 November 1891 in die Abtheilung ein. Ischias dextra.

2. December. Der Kranke klagt über heftige Schmerzen. Das Gehen bereitet ihm Schwierigkeit. Phenocolli h. 0,5 × 3;
3. December. Die Schmerzen werden etwas geringer. Ph. h. 3 × 0,5.
4. December. Derselbe Zustand. Phen. h. 0,5 × 3.
5. December. Der Zustand des Kranken hat sich bedeutend gebessert, die Schmerzen treten nur gegen Morgen auf und sind bedeutend schwächer als zuvor. Er kann schon gut gehen. Phen. h. 0,5 × 4.
6. December. Die Schmerzen sind beinahe verschwunden. Phen. h. 0,5 × 4.
17. December. Der Zustand des Kranken hat sich wieder verschlimmert. Die Schmerzen sind wieder aufgetreten. Phen. h. 0,5 × 4.
18. December. Der Zustand unverändert. Ph. h. 0,5 × 5.
21. December. Die Schmerzen sind schwächer, treten hauptsächlich in der Nacht auf, des Abends Injection unter die Haut 0,5 Phenocolli h. in Glycerin 1:2 [1]).
22. December. Die Schmerzen sind geringer als am vorigen Tage. Des Abends unter die Haut 0,5 Phen. h.
23. December. Weder am Tage noch in der Nacht Schmerzen Phen. h. 0,5.
24. December. Der Kranke fühlt sich wohl, klagt über keine Schmerzen.

Aus der Beschreibung dieses Falles ersehen wir, dass das Phenocoll, als Antineuralgicum, den gewünschten Erfolg hervorgerufen hat, indem es die empfindlichen Schmerzen beseitigte. Selbst bei der Anwendung per os wie auch unter die Haut fand keine Nebenwirkung des Präparates statt.

VII. Franzisca M., Ischias dextra, trat am 12. December 1891 in die Abtheilung ein.

15. December. Die Kranke klagt über heftige Schmerzen, Phen. h. 0,5 × 3.
16. December. Derselbe Zustand. Phen. h. 0,5 × 3.
17. December. Die Kranke hat in der Nacht keine Schmerzen, am Tage dauern die Schmerzen fort. Ph. h. 0,5 × 4.
18. December. Der Zustand unverändert. Ph. h. 0,5 × 5.
19. December. Unbedeutende Besserung, geringere Schmerzen. Ph. h. 0,5 × 4.
21. December. Die Schmerzen kehren noch von Zeit zu Zeit wieder, sind jedoch schwächer als vordem.

Obwohl das Phenocoll sich in diesem Falle nicht so erfolgreich wie im vorhergehenden erwies, blieb es doch nicht ohne Einfluss auf die Stärke der Schmerzen.

VIII. Julie K., 26 J. alt, aufgenommen in die Abtheilung am 11. December 1891. Neuralgia n. trigemini (Malaria) krank seit 7 Wochen.

13. December. Phen. h. 0,5×3.
14. December. Unbedeutende Besserung. Phen. h. 0,5×3.
15. December. Bedeutend schwächere Schmerzen. Phen. h. 0,5×3.
16. December. Die Schmerzen verschwanden beinahe.

IX. Ignaz K. 65 J. alt, Myelitis chronica. Heftige in den unteren Extremitäten zuckende Schmerzen. Aufgenommen am 23 October 1891. 3 Mal täglich dargereichte Dosen von 0,5 Phenocoll besänftigten die Schmerzen.

X. Emilie S., 46 J. alt, Cholelithiasis. Aufgenom. am 2. Januar 1892. Oft wiederkehrende, heftige und aussergewöhnlich lang andauernde Anfälle von Stichen in der Leber.

In diesem Falle bemerkte man, indem man während des Anfalles Phenocoll a 0,5 stündlich bis zur Wirkung anwandte, zu öfteren Malen nach 3—4 Dosen Besserung. Dieses günstige Resultat war jedoch nicht immer erzielbar.

XI. Ludwig P. Rheumatismus chronicus, trat am 12. November 1891 in die Abtheilung ein. Klagt über heftige Schmerzen in den Gelenken der unteren Extremitäten. Fieberloser Zustand.

13. November. Phenocolli h. 0.5 × 3.
14. November. Die Schmerzen sind geringer, der Kranke fühlt sich besser. Ph. h. 0,5+3.
15. November. Die Schmerzen liessen beinahe ganz nach. Der Kranke, dem das Gehen vordem Schwierigkeiten verursachte, geht jetzt sehr gut. Ph. 3×0,5.
16. November. Der Kranke verlässt das Hospital, ohne über Schmerzen zu klagen.

XII. Joseph Z. Rheumatismus chronicus, trat am 22. November 1891 ein. Klagt über Schmerzen in den Gelenken der oberen Extremitäten. Fieberloser Zustand.

Man wandte 3 Mal täglich Phenocoll à 0,5 an. Nach einigen Tagen hörten die Schmerzen vollständig auf und der Kranke verliess das Hospital.

XIII. Joseph I., 15 J. alt, Rheumatismus articulorum chronicus, trat am 13. Februar 1892 ein. Schmerzen in den Schulter- und Sprunggelenken. Die Füsse geschwollen und schmerzend. Fieberloser Zustand.

In diesem Falle, nachdem am ersten Tage 3 Dosen Phenocoll à 0,3, an den folgenden 4 Dosen gegeben wurden, liessen die Schmerzen ganz nach und der Kranke verliess am 22. Febr. gesund das Hospisal.

XIV. Alexander S., Rheumatismus chronicus. Bronchitis catarrhalis. Aufgenommen am 24. Februar 1892. Schmerzen in den Sprung- und Kniegelenken und der Articulatio carpi.

---

[1]) Der Anweisung des Dr. Herzog (l. c.) folgend, wandte ich zur Injection die Glycerinlösung des Phenocolls an. Das Phenocoll löst sich in Glycerin bei Erwärmung bis 60° im Verhältniss 1 : 2. Diese Lösung jedoch gerinnt ungemein schnell zu einer Masse, in Folge dessen solche Injectionen sehr unbequem und beschwerlich sind.



In diesem Falle wandte ich Phenocoll in der Dosis 0,5 4 bis 6 Mal täglich an. Eine ständige Besserung konnte man jedoch nicht erlangen. Die Schmerzen hörten nach dem Phenocoll zeitweilig auf, kehrten jedoch wieder zurück. Salicyl, Salol, Jod blieben ebenfalls ohne Wirkung. Der Kranke wurde während seines weiteren Aufenthalts im Hospital von einer Neuralgia supraorbitalis befallen, welche nach einigen Dosen Phenocoll à 0 5 gänzlich nachliess.

XV. Romuald P. 23 J. alt, Rheumatismus articulorum acutus, trat in die Abtheilung am 6. Februar 1892 ein. Krank seit 2 Wochen. Klagt über heftige Schmerzen in den Schulter- und Kniegelenken, die letzteren angeschwollen. Fieber; die Temperatur übersteigt nicht 38,5°.
In diesem Falle wandte ich 10 Tage hindurch Phenocoll in der Dosis von 0,5 4 bis 5 Mal täglich an. Der Erfolg war nicht so günstig, wie wir es in Fällen des Rheumatismus chronicus gesehen haben, jedoch verschaffte dieses Mittel dem Kranken eine gewisse Linderung. Die antifebrile Wirkung des Phenocoll äusserte sich hier deutlich genug. Trotz so langer Anwendung des Präparats bemerkte ich keine Störungen von Seiten des Herzens, der Lungen und der Verdauungsorgane.

Aus unseren Beobachtungen über die therapeutische Wirkung des Phenocoll geht Folgendes hervor:

1. Das Phenocollum hydrochloricum ist ein gutes und sicheres Antipyreticum, welches in kleinen Dosen à 0,5--0,6 alle 2 Stunden angewandt, erfolgreich wirkt. Oftmals war eine solche Dosis zur Herabsetzung der Temperatur auf den Normalstand genügend, gewöhnlich gab man 2—3 solche Dosen, manchmal 4 zur Erhaltung des fieberlosen Zustandes auf längere Zeit (z. B. den Kranken Nr. 3, welcher beständig fieberte, erhielt man mit 4 Dosen à 0,5 den ganzen Tag über im fieberlosen Zustande). Die Entfieberung erfolgte manchmal mit Schweiss, der Wiederanstieg des Fiebers dagegen zuweilen mit leichtem Frösteln.

2. Das Phenocoll als Antineuralgicum à 0,5 3 bis 4 Mal angewandt, beseitigt in manchen Fällen gänzlich die Schmerzen, zuweilen verringert es dieselben nur.

3. Was die antirheumatische Wirkung des Phenocoll anbelangt, so erfolgte in 3 Fällen des Rheumatismus chronicus (bei 4 Beobachtungen) eine schnelle Besserung. Im Falle des acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus rief das Phenocoll, ohne Einfluss auf die Krankheit selbst, eine Temperaturherabsetzung hervor. Als Antirheumaticum wandte ich das Phenocoll, à 0,5 einige Mal täglich an.

4. Das Phenocoll wandte ich immer per os als Pulver an, nur in einem Falle von Ischias subcutan in Glycerinlösung. Bei subcutaner Anwendung des Phenocoll wirkt eine bedeutend kleinere Dosis, als bei der Anwendung per os.

Diese Einspritzungen jedoch sind in technischer Hinsicht, was ich schon berührt habe, unbequem.

Als einmalige Durchschnittsdosis nahm ich 0,5, die ich auch gewöhnlich anwandte. Grössere einmalige Dosen, als 0,6, auf einmal verordnete ich nicht; die grösste tägliche Dosis betrug 3,0.

5. In keinem der von mir beobachteten Fälle, bemerkte ich nach dem Phenocoll irgendwelche Störungen, sei es von Seiten des Herzens, der Lungen, der Verdauungsorgane, der Haut oder auch der Nieren. Im Urin, der zuweilen eine dunkle Färbung annimmt, fand sich kein Albumen vor; die von Dr. Hertel[3]) angegebene Reaction konnte man nicht immer erzielen.

Literatur.

1. Dr. Rutkowski. Inaugural-Dissertation. Berlin.
2. Dr. Hertel. Phenocollum hydrochloricum, ein neues Antipyreticum und Antirheumaticum. Deutsche medic. Wochenschrift № 15. 1891.
3. Dr. Benno Herzog. Ueber die Wirksamkeit des Phenocollum hydrochloricum. Deutsche medicin. Wochenschrift № 31. 1891.
4. Schmidt. Ueber das Phenocoll als Antipyreticum und Antirheumaticum. Pharm. Zeitschr. № 75.
5. Dr. Cohnheim. Weitere Versuche mit Phenocollum hydrochloricum. Therapeut. Monatsh. 1892. Heft 1.
6. Dr. Schreiber. Phenocollum hydrochloricum. Zeitschrift für ärztl. Landpraxis. 1892. № 3.
7. Dr. Balzer. Klinische Untersuchungen über Phenocollum hydrochloricum. Therap. Monatsh. 1892. Heft VI.
8. Dr. Bum. Ueber die therapeutische Wirkung des Phenocollum. Wien. med. Presse. 1892. № 20—21—22.
9. Dr. Tripold. Beobachtungen über die Wirksamkeit des Phenocollum hydrochloricum bei Kindern. Wiener medicin. Presse. 1892. № 44—45.

[3]) Nach Hertel wird der Urin nach Anwendung von ungefähr 5,0 dunkel, braunroth; nach Zusatz von Fe_2Cl_6 zu diesem Urin erhält man eine noch dunklere wolkige Färbung, welche von concentrirter Schwefelsäure etwas heller wird und im durchfallenden Licht einen eigenthümlichen Farbenton annimmt.

Ein Verstärkungsmittel zu schwacher Wehen.

Von

Dr. Adolf Kupffer.

Von Dr. Keilmann werden in Nr. 24 dieses Jahrganges der Wochenschrift mehrere Mittel, welche bei Wehenschwäche im Gebrauch eben noch und gewesen sind, gerade nicht rühmlich genannt. Unter jenen finde ich nicht das Morphium angegeben, und habe auch nicht davon als von einem treibenden Wehenmittel sonst wo gelesen. Daher mache ich diejenigen Collegen, welche Morphium nicht in diesem Sinne gebraucht haben, auf seinen Nutzen in Bezug auf Wehen aufmerksam. Das Morphium entfernt einmal nicht von der Triebkraft ausgehende nervöse Schmerzen; dann setzt es die Reizbarkeit und damit die Spannung der quergestreiften Muskelfasern und somit auch des Dammes herab. Endlich kräftigt es in kleinen Gaben genommen den Tonus der glattfaserigen Musculatur, wie das am Puls zu merken ist. Sei dem, wie ihm wolle: Jedenfalls werden die Wehen durch Einnahme von Morphium nicht unbedeutend verstärkt.

Ich gebe 12 Tropfen einer 1 pCt. Lösung von Morphium muriaticum in Aq. Amygdal. amar. Zuerst lasse ich die Frau mit schwachen Wehen eine gute Zeit sich selbst abmühen, und gebe dann die Tropfen, wenn gar kein Fortschritt stattgefunden, auch schon vor merklicher Eröffnung des Muttermundes. Oefters ist man genöthigt die Tropfen noch ein zweites Mal zu geben und zwar, wenn die Wehen zum Schluss nachlassen, der Kopf bereits tief, ja zangengerecht steht. Die Wehen verstärken sich bedeutend danach, und der Kopf kommt zur Geburt. Der letzte Moment des Durchschneidens des Kopfes lässt sich noch erleichtern, wenn man der gebärenden Frau 1 Theelöffel voll Chloroform auf Watte unter die Nase hält. Die Spannung des Dammes lässt noch weiter nach, und bei vollem Bewusstsein, aber unter geringen Schmerzen der Mutter tritt der Kopf des Kindes heraus. Auch in der Nachgeburtsperiode gebe ich Morphium, wenn bei starker Blutung der Vortritt der Placenta zögert. Erst nach Entfernung dieser gebe ich Secale cornutum.

In Nr. 25 befürwortet Keilmann das Drücken des Kindskopfes in das Becken als bestes Mittel zur Beförderung der Geburt bei Wehenschwäche. Wenn wir auch Alle dieses Verfahren werden mit Nutzen anzuwenden versuchen, so wird die Anwendung des Morphiums doch auch seine Indication behalten.

Referate.

Kehr: Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteins aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Ganges. (Berlin. klin. Wochschrft. 1894. № 23. 24).

Verf. hat unter 77 Gallensteinoperationen 26 mal fest eingeklemmte Concremente im Ductus cysticus gefunden. In 7 Mal der Fälle ist er von der üblichen Methode zur Entfernung der Steine abgewichen und hat eine Incision in den Gallengang vorgenommen, den Stein also excidirt und darauf die gesetzte Oeffnung durch die Naht geschlossen.



An der Hand einer wiedergegebenen Krankengeschichte beschreibt K. die Operationstechnik, die anfangs zweizeitig gemacht, später jedoch immer einzeitig vorgenommen wurde und auch hier mit bestem Erfolg.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Auffinden des Steines, sucht K. sofern der Stein im Ductus cysticus sitzt, ihn in die Gallenblase hinunterzuschieben. Gelingt das nicht, so macht Verf. sofort die Cystico-Lithectomie mit nachfolgender Naht der Incisionsstelle, untersucht sodann ob die Passage frei ist und legt eine Gallenblasenfistel an, die sich meist in kurzer Zeit, sobald eine Abschwellung der Ductusschleimhaut zu Stande gekommen ist, spontan schliesst.

Die Cystectomie kommt nur dann in Frage, wenn die schlechte Beschaffenheit der Gallenblasenwandungen und die Unausführbarkeit der Cystostomie sie erheischen.

Brackel.

Theodor Schott (Bad Nauheim): Zur Behandlung des Fettherzens. Vortrag gehalten zum XI intern. Congress zu Rom. (Deutsche medic. Wochensch. № 27 u. 28).

Verfasser weist zunächst darauf hin, dass wir sichere Symptome für die Erkennung des Fettherzens bis jetzt nicht haben. Zwar besitzen wir in dem Verhalten des Allgemeinzustandes der Kranken, in dem Rhythmus der Herzcontractionen, der Beschaffenheit des Pulses Anhaltspunkte, welche uns die Diagnose «Fettherz» als höchst wahrscheinlich bezeichnen lassen, doch kommen Täuschungen nur allzuhäufig vor, und dann kann die auf Fettherz gerichtete Behandlung sehr verderblich werden (so bei Verwechselung mit Fällen von Weakened heart, entstanden durch chronischen Tabakmissbrauch, nach allzuvielem Alkohol- Kaffee- und Theegenuss, infolge von Chlorose und Anaemie, nach geistigen Aufregungen und körperlichen Ueberanstrengungen etc.) Noch viel mehr Vorsicht erheischt die Behandlung des Fettherzens, die grade in den letzten Decennien Gegenstand eifriger Studien geworden ist, namentlich seitdem die physikalischen Heilmethoden in den Vordergrund getreten sind. Verf. theilt nun auf Grund zahlreicher Beobachtungen seine Erfahrungen über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Fettherzens mit. Was zunächst die diätetischen Maassregeln anbelangt so liegt den verschiedenen Entfettungscuren (Banting, Schroth, Ebstein, Oertel etc.) der Hauptzweck zu Grunde den Fettansatz zur Schmelzung zu bringen und neuen Fettansatz zu verhüten. Jedoch besitzen wir kein Mittel, welches uns ermöglicht das an den verschiedenen Stellen des Körpers angehäufte Fett einseitig zum Schwund zu bringen, ohne dass dabei auch andere dem Körper wichtige Substanzen in Mitleidenschaft gezogen werden. Deshalb soll man mit der Handhabung der strengen Diät und namentlich mit dem Gebrauch von Abführmitteln sehr vorsichtig sein. Durch strenge Diätvorschriften, insbesondere durch langdauernde Eiweisskost, durch zu geringe Nahrungszufuhr wird mehr Unheil, als Nutzen gestiftet. Wenn man bei jugendlichen Personen mit starker Muskulatur und von normaler Blutbeschaffenheit mit der strengen Eiweisskost und Abführmitteln wohl zum Ziele gelangen kann, so können durch dieselbe Behandlungsmethode sehr bedrohliche Zustände eintreten, wenn, wie dies bei vielen an Fettherz Leidenden der Fall ist, Arteriosklerose, Anaemie, Diabetes, Gicht oder andere Complicationen vorhanden sind. Ueberhaupt soll man sich vor grossen Gewichtsverlusten besonders hüten. Verf. hat sehr häufig die Beobachtung machen können, dass Fettherzleidende durch verhältnissmässig geringe Gewichtsverluste im Verlauf von Mineralwassercuren oder durch diätetisches Regime eine Schwächung und Erschlaffung des Herzmuskels mit Dilatation der Ventrikel acquirirten. Auch die starken Flüssigkeitsbeschränkungen (Oertel) sind nach Schott nicht zweckmässig; der nach starker Reducirung der Flüssigkeitsaufnahme beobachtete Körpergewichtsverlust ist höchst wahrscheinlich nur darauf zu beziehen, dass Personen, welche gewohnt sind während des Essens zu trinken, bei Beschränkung des Wassergenusses einen Theil des Appetites einbüssen und in Folge dessen weniger Nahrung zu sich nehmen, alle anderen Erklärungen sind sehr problematisch. Selbstverständlich muss das Maass der alkoholischen Getränke auf's Aeusserste beschränkt werden; trotzdem darf man bei einer grossen Zahl von Kranken, welche viele Jahre hindurch an Alkohol gewöhnt sind denselben nicht sofort entziehen, sondern muss in vorsichtiger Weise zu reduciren bestrebt sein. Was die mechanischen Behandlungsmethoden anlangt, so sollen dieselben ebenfalls nur mit der grössten Vorsicht angewandt werden. Die Gefahren, welche die Oertel'schen Terraincuren mit sich bringen können (Fettdegeneration des Herzens, Dilatation der Ventrikel) sind vielfach aufgedeckt worden. Erst, wenn der Herzmuskel durch vorsichtige Behandlung gestärkt worden ist, kann man das Bergsteigen empfehlen, aber doch nur jugendlichen Personen die nicht an Complicationen leiden. Als sehr zweckmässig bezeichnet Schott die von ihm und seinem Bruder eingeführte Widerstands- und Selbsthemmungsgymnastik. Auch balneo- und hydrotherapeutische Maassregeln sind sehr zu empfehlen, wobei jedoch zu beachten ist, dass lange Badedauer, zu starke Concentration der Badebestandtheile, ferner Verwendung extrem kalter oder warmer Temperaturen streng zu meiden sind. Zum Schluss seines interessanten Vortrages formulirt Schott seinen Standpunkt in folgenden Sätzen. 1. Entfettungscuren sollten stets in der vorsichtigsten Weise angestellt werden, und zwar nur bei jugendlichen Individuen von normaler Blutbeschaffenheit und kräftiger Muskulatur. 2. Jede zu starke oder zu rasche Gewichtsabnahme des Körpers sollte, da sie von Gefahren begleitet sein kann, vermieden werden. 3. Allgemeinerkrankungen, senile Erscheinungen etc. bieten, wenigstens im Anfange der Behandlung des Fettherzens, Contraindicationen für eine Entfettungscur. 4. In einer grossen Zahl von Fällen lässt sich Fettherz ohne jegliche Gewichtsabnahme mit günstigem Erfolge behandeln. 5. Die diätetisch mechanische Behandlung verdient vor allen therapeutischen Maassnahmen den Vorzug.

Abelmann.

G. Leopold gab auf dem internationalen Congress zu Rom ein Referat über den Stand der Symphyseotomiefrage. (Centrbl. f. Gynäk. 1894, Nr. 19).

Als erste These stellt er den Satz auf, dass Erstgebärende der Symphyseotomie möglichst nicht zu unterziehen sind, da in einer grossen Zahl von Fällen bei einer Conjugata vera selbst von 8—$7^1/_2$ Cm. die Geburt spontan verlaufen kann. Das grösste Gewicht ist auf die Erhaltung der Fruchtblase zu legen, damit sie das Kind schütze bei übermässigem Wehendruck und den Muttermund und die Scheide völlig erweitere. Bei fehlender Fruchtblase haben wir einen wichtigen Ersatz in dem Kolpeurynter. Bei Mehrgebärenden mit engem Becken bis 7 Cm. conj. vera kommt in erster Linie die künstliche Frühgeburt (nicht vor der 34. Woche) in Betracht. Am Ende der Schwangerschaft ist wieder die spontane Geburt anzustreben, bei stärkeren Verengerungen (9—7 Cm. c. v.) tritt die Wendung mit sich anschliessender Extraction in Walcher'scher Hängelage in ihr Recht. Leopold hat bei 25 aufeinander folgenden Wendungen und Extractionen bei engem Becken mit einer Conjugata von 7—8 Cm. beinahe 90 pCt. grosse, kräftige lebende Kinder zur Welt befördert. Bei einer Conj. vera von $7^1/_2$—6 Cm. ist die spontane Geburt eines mittelgrossen, reifen Kindes in der Regel ausgeschlossen. Bei abgestorbenem oder absterbendem Kinde muss perforirt werden. Bei lebendem Kinde ist dann zu perforiren, wenn die Mutter in grösserer oder geringerer Gefahr sich befindet. Sind Mutter und Kind kräftig und gesund, so ist die Symphyseotomie bei $7^1/_2$—6 Cm. c. v. auszuführen.

Als Vorbedingungen für die Symphyseotomie werden verlangt: 1) Die Gebärende muss frei von Infection sein. 2) Das Becken darf nicht ankylotisch oder schräg verengt sein. 3) Die weichen Geburtswege müssen hinreichend eröffnet und 4) die Herztöne des Kindes müssen gut sein. Die Symphyseotomie wird von einem Operateur gemacht, die Extraction des Kindes mit der man nicht zögern soll von einem andern. Da die Symphyseotomie zu den grossen, gefährlichen Operationen zu rechnen ist, soll sie vom praktischen Arzt nicht ausgeführt werden, sondern der Klinik überlassen. — Wenn die Conjugata vera weniger als 6 Cm. beträgt, ist der Kaiserschnitt zu machen.

W. Beckmann.

Quincke und Stühlen: Zur Pathologie des Abdominaltyphus. (Berlin. klin. Wochenschr. 1894. № 15).

1. Typhusbacillen im Knochenmark (H. Quincke).

Als Fortsetzung der Ebermaier'schen Untersuchungen hat Verf. von 9 Typhusleichen aus dem Mark einer Rippe, zweimal auch aus dem des Sternums Culturen hergestellt und zur Controlle auch aus der Milzpulpa Bakterienzüchtungen vorgenommen. In 5 Fällen war das Resultat der Untersuchung positiv, es wuchsen zweifellose Typhusbacillen und zwar zeigte es sich, dass in 7 Fällen die Platten einzig und allein Typhusbacillencolonien (abgesehen von zufälligen Verunreinigungen aus der Luft) aufwiesen. Nur in einem Falle waren noch ausserdem kleine weisse Colonien gewachsen, die aus ziemlich langen Stäbchen bestanden (Pat. war an Perforationsperitonitis gestorben).

Nach vorstehenden Untersuchungen ist es feststehend, dass im rothen Knochenmark Typhuskranker sich der Typhusbacillus mit derselben Constanz findet, wie in der Milz.

Die Wirkung der Typhusbacillen wird man sich so vorzustellen haben, dass sie gewöhnlich eine proliferirende Entzündung, wie in den lymphatischen Apparaten des Darmes, so auch gelegentlich im Knochen, bewirken, ausnahmsweise jedoch eine eitrige Entzündung erzeugen. Wo die Bacillen sich in Entzündungsherden allein finden, sind sie entweder in den steril entstandenen Entzündungsherd eingewandert, oder selbst Ursache der Entzündung, wo sie sich neben anderen Bakterien finden, bleibt ihr Antheil an der Entzündung unentschieden.



2. Ueber typhöse Meningitis (A. Stühlen).

St. hat im Anschluss eines eigenthümlich verlaufenden Falles von Abdominaltyphus der zur Section kam, im Eiter der Hirnhäute bakteriologisch Typhusbacillen nachweisen können.

Nach genauer Wiedergabe der Krankengeschichte und Beschreibung der bakteriologischen Untersuchung, nebst epikritischer Erläuterung, ist es über jeden Zweifel erhaben, dass in diesem Falle der Typhusbacillus der Erreger der Meningitis gewesen ist, denn es war der einzige Mikroorganismus, der aus dem Entzündungsherd gezüchtet werden konnte.

Es liegt hier ein Fall vor, in dem man nicht nur im klinischen, sondern auch im anatomischen Sinne von einem Cerebraltyphus würde sprechen dürfen. Brackel.

Oestreich demonstrirte im Verein für innere Medicin in Berlin ein Präparat von syphilitischer Bronchialstenose. (D. Med. W., Vereinsbeilage Nr. 3, 1894).

Die Trachea war in der Gegend der Bifurcation eng; die Wand erschien als weisse, harte fibröse Masse, welche sich in den Anfangstheil beider Bronchien fortsetzte. Der linke Bronchus war an seiner Abgangsstelle so eng, dass man mit Mühe nur eine kleine Scheerenbranche durchschieben konnte. Hinter der Stenose, innerhalb der linken Lunge bestand eine sehr beträchtliche, theils sackförmige, theils cylindrische Erweiterung der mit schleimig-eitrigem Secret erfüllten Bronchien. Der rechte Bronchus war in viel geringerem Grade als der linke verengt, jedoch waren auch hier die innerhalb der Lunge gelegenen Bronchien erweitert. In der Umgebung der Bifurcation ergab sich keine Veränderung: die Bronchialdrüsen der Nachbarschaft waren klein und weich, das mediastinale Gewebe, Aorta und Oesophagus waren ohne Veränderung. Diese Verengerung durch eine tiefe, strahlige Narbe mit ausserordentlich starker Retraction entsprach jedenfalls einem früheren geschwürigen Process, wahrscheinlich syphilitischer Natur. Die Pat. litt an merkwürdigen Anfällen von Dyspnoe, die mit verlangsamter Athmung einhergingen, 15—12 Athemzüge in der Minute. Während eines solchen Anfalles trat der Tod ein. Auf die Verminderung der Athmungsfrequenz durch Respirationshindernisse hat schon Traube aufmerksam gemacht. Eine Erklärung dafür warum bei dauerndem Athmungshinderniss es zu zeitweisen Anfällen von Dyspnoe kommt, giebt es noch nicht. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Podwyssozki: Die Reservekräfte des Organismus und ihre Bedeutung im Kampfe mit der Krankheit. Vortrag. Aus dem Russischen übersetzt von N. Svenson. Jena Verlag v. G. Fischer 1894.

Unser Organismus verfügt — dieses ist ungefähr der Gedankengang dieses überaus fesselnden Vortrages — über eine latente Energie, eine «fertige Reservekraft», welche unter normalen Lebensbedingungen bei gewohnter mittlerer Arbeit nicht in Anspruch genommen wird, weil unsere Organe ihre Arbeitskraft nicht ad maximum anspannen. Nicht genug, dass unser Organismus in einem jeden Protoplasmatheilchen eine Summe fertiger Reservekraft in sich schliesst, derselbe besitzt sogar die Fähigkeit neue Mengen lebender Materie entstehen zu lassen und neue Kräfte zu entfalten. Die neugebildeten Reservekräfte, im Gegensatz zu den fertigen im Protoplasma als Reservefond von Energie aufgespeicherten, gehen mit der Neubildung lebender Stoffmengen und dem Anwachsen neuer Protoplasmamengen einher, wenn eine Mehranforderung an die Arbeitsleistung gewisser Organe eintritt (Hypertrophie des Herzens bei Klappenfehlern, compensatorische Hypertrophie der einen Niere nach Exstirpation der anderen). Verf., ein Gegner der rein mechanischen Erklärung des biologischen Processes, sieht in dem Selbsterhaltungstriebe des Protoplasmas, d. h. dem Streben, eine solche Atomanordnung der Eiweissmolecule beizubehalten, dank der das Eiweiss sich als lebensfähig erweist, eine Grundeigenschaft des Protoplasma: jede Zelle besitzt die Fähigkeit, ihr eigentliches Wesen zu bewahren. Schädliche Einflüsse modificiren den Stoffwechsel der Zelle und aus der fortwährenden Functionsstörung der Zelle, eines Organes oder des ganzen Körpers resultirt der Zustand, welchen wir Krankheit nennen. Die Genesung und Heilung aber des einzelnen Organismus hängt von der activen Lebenskraft der Zellelemente und der Entwickelung neuer Reservekräfte ab. Zeigt der Organismus im Kampfe mit der Krankheit geringe Energie in der Entwickelung neuer Kräfte durch vorher bestandene Ernährungsstörungen verschiedenster Art, wobei ein gewisser Grad von Vererbung mehr oder weniger ausgebildeter Resistenzfähigkeit nicht geleugnet werden kann, so erliegt der Organismus. Der schliessliche Ausgang im Kampfe der Zelle mit dem schädlichen Agens ist also in erster Linie von der «Reserveenergie», der vis medicatrix naturae, von der Hippocrates schon geahnt, abhängig. Lingen.

Th. Ziehen: Psychiatrie für Aerzte und Studirende. Wredens Sammlung medicin. Lehrbücher. Band 17. Berlin 1894. 470 pag. Preis Mark 9,60.

Genannte Sammlung wird durch dieses Lehrbuch um ein werthvolles Werk bereichert. Seine Bedeutung erlangt es hauptsächlich dadurch, dass sein Verfasser es versucht hat, die Lehren der physiologischen Psychologie, wie er sie in seinem 1893 in 2. Auflage erschienenen Leitfaden der letzteren niedergelegt hat, auf die klinische Psychiatrie anzuwenden. Dieser Versuch ist nach Meinung des Ref. glänzend gelungen. Nach der Formel: E-V_1V_2......-B (Empfindung — Vorstellungsreihe oder Ideenassociation — Bewegung resp. Handlung), welche als Schema für jeglichen psychischen Process dient, werden die psychopathischen Einzelerscheinungen in überzeugend klarer und einfacher Weise analysirt. Dabei erweisen sich die bisher noch vielfach herangezogenen metaphysischen Begriffe und Hypothesen, wie Wille, Selbstbewusstsein, Aufmerksamkeit, Gefühlsvermögen, als durchaus überflüssig. Die Neuheit des psychologischen Standpunktes bedingt es, dass die allgemeine Psychopathologie besonders ausführlich dargelegt wird, daher sie mehr als die Hälfte des Buches einnimmt. In der speciellen Psychopathologie legt Verf. der Eintheilung der Psychosen nur den klinischen Verlauf zu Grunde, weicht damit ebenfalls von der bisherigen Gepflogenheit wesentlich ab. Durch dieses Princip sowie durch möglichste Zusammenfassung in Hauptformen wird ein einfaches und wenig umfangreiches System von Krankheitsbildern erzielt. Daraus sowohl wie aus der Anwendung der Associationspsychologie ergeben sich in didaktischem Interesse allerdings grosse Vortheile, jedoch scheinen dem Ref. auch gewisse Mängel dieses Eintheilungsprincips namentlich bei den «zusammengesetzten Psychosen» und bei den «erworbenen Defectpsychosen» hervorzutreten. Anhangsweise wird eine kurze ätiologische Uebersicht der Psychosen gegeben. Zehn vorzügliche Lichtdrucktafeln illustriren diagnostisch wichtige und charakteristische Formen des Gesichtsausdruckes und der Körperhaltung bei verschiedenen Psychosen. Das Werk wird trotz oder vielmehr wegen seines neuen Standpunktes sicher einen würdigen Platz unter den deutschen Lehrbüchern der Psychiatrie erlangen und behaupten. Dem Studirenden dürfte es zur Einführung in die Psychiatrie vielleicht der beste Wegweiser sein. Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

571. Sitzung, am 29. März 1894.

Vorsitzender Herr Tiling.

1. Herr Beckmann spricht über die Verwerthbarkeit der Indicanurie bei der Diagnose von Eiterungen. Vortragender giebt zuerst eine Uebersicht über die Literatur der vermehrten Indicanausscheidung bei verschiedenen Krankheitsprocessen, wobei die in jüngster Zeit von verschiedener Seite bearbeitete Frage der Indicanurie als diagnostisches Zeichen der Tuberculose des Kindesalters besonders berücksichtigt wird. Weiter berichtet B. über 227 Harnuntersuchungen, die an 40 Kranken der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals angestells wurden. 25 Pat. litten an Eiterprocessen verschiedener Art, vorwiegend aber an Beckeneiterungen. Bei 15 weiteren Pat. mit Unterleibsentzündungen bestand im Beginn der Beobachtung der Verdacht auf Eiter, der durch die weitere Beobachtung aber nicht bestätigt wurde. Bei den ersten 25 Kranken konnte nur bei 6 eine vorübergehende vermehrte Indicanausscheidung constatirt werden, eine genauere Analyse dieser 6 Fälle liess aber einen aetiologischen Zusammenhang zwischen Eiterung und Indicanurie als nicht wahrscheinlich erscheinen. Bei den 15 Pat. ohne Eiterung wurde nur bei 2 während des Krankheitsverlaufes vorübergehend vermehrte Indicanausscheidung nachgewiesen. Vortragender kommt zum Schluss, dass eine vermehrte Indicanausscheidung keineswegs bei der Diagnose versteckter Eiterungen verwerthet werden kann.

Herr Wladimiroff macht auf die Fälle von Eiterungen aufmerksam, welche in der Nähe des Darmes durch Darmbakterien hervorgerufen werden. Da letztere aber im Stande sind Indol zu bilden, könnte in diesen speciellen Fällen ein Zusammenhang zwischen solchen Eiterungen und Indicanurie angenommen werden.

2. Herr Bidder bespricht die Therapie der Colpaporrhexis an der Hand von 3 beobachteten Fällen. Im ersten Fall (publicirt Centralblatt für Gynäk. 1893, Nr. 3) kam es zum Abreissen des Uterus von der Scheide mit Austritt des Kindes in die Bauchhöle. Dasselbe wurde an dem in der Riss-



stelle befindlichen Fuss extrahirt, und der Uterus abgetragen. Pat. genas. — Im zweiten Fall handelte es sich um eine 36 jährige VIII para. Dieselbe hatte nur einmal spontan geboren, 6 mal war sie mit der Zange entbunden. Allgemein verengtes Becken. Gesichtslage. 3½ Stunden nach dem Blasensprung wurde der Zustand der Kreissenden bedenklich, der Puls wurde schnell, Pat. wurde aufgeregt. Bei der Untersuchung fand sich der Kopf im Becken. Da kaum Herztöne zu hören waren, sollte die Perforation gemacht werden. Während der Zeit bis die Gebärende auf den Operationstisch gelegt wurde, entstand die Ruptur. Kindstheile wurden deutlich gleich hinter den Bauchdecken gefühlt. Da die Ruptur in der Anstalt entstanden, und eine Infection wahrscheinlich war, wurde nach Extraction des Kindes beschlossen, exspectativ zu verfahren. Der Riss fand sich in der vorderen Peripherie des Uterusansatzes. Der Uterus wurde in stark anteflectirter Stellung durch einen Compressionsverband fixirt. Der Allgemeinzustand war gut, der Collaps ging bald vorüber. Am nächsten Morgen trat jedoch deutliche tympanitische Auftreibung des Leibes und Empfindlichkeit auf. Wegen der Gefahr einer entstehenden Peritonitis wurde per laparotomiam der vom vorderen Scheidengewölbe abgerissene Uterus abgetragen. Der weitere Verlauf war complicirt durch doppelseitige Parametritis, phlegmonöse Entzündung des retroperitonealen Zellgewebes und Paranephritis. Später kam dazu noch eine Pleuritis. Am 63. Tage post partum konnte Pat. genesen entlassen werden. — Im dritten im Januar 1894 beobachteten Fall wurde die 37 jährige VIII para mit rachitischem Becken in collabirtem Zustande in die Entbindungsanstalt gebracht. Anamnestisch wurde festgestellt, dass die Geburt am vorhergehenden Tage mit starken Wehen begonnen hatte. Nach 4 Stunden hatten die Wehen aber vollständig aufgehört. Beim Eintritt in die Anstalt war der Uterus vollständig eröffnet, der Kopf stand fest im Becken. Das Leben des Kindes konnte nicht sicher festgestellt werden. Durch eine ziemlich schwierige Zangenoperation wurde ein todtes Kind extrahirt. Nach der Geburt liess sich ein Querriss vorn nachweisen, ob im schlaffen Cervix oder im Fornix vaginae war nicht sicher zu bestimmen. An den Querriss schloss sich links noch ein kurzer Längsriss an. Auch in diesem Fall wurde der Uterus in anteflectirter Stellung durch einen Compressionsverband fixirt. Der Riss heilte anstandslos, nur vom 5—7 Tage war leichte Fiebersteigerung vorhanden. Vom 3. Tage an trat aber unfreiwilliger Urinabgang aus einer Blasen-Cervixfistel auf. Dieselbe wurde 6 Wochen nach der Geburt operativ geschlossen. Aus den 3 berichteten Fällen geht hervor, dass die Prognose der Uterusruptur vorwiegend von der Infectionsgefahr abhängt. Die Gefahr der Verblutung kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Vortragender spricht sich für eine exspectative Therapie aus, an deren Stelle allerdings bei den ersten Zeichen einer Infection die Uterusexstirpation zu treten hat. Die rationellste Therapie, das Vernähen der gerissenen Stellen ist praktisch nicht durchführbar, da die Ränder des Risses meist so gequetscht und maltraitirt sind, dass auf prima intentio nicht gerechnet werden kann.

3. Herr Westphalen theilt die Krankengeschichte einer hysterischen Patientin mit. Dieselbe leidet häufig an Kopfschmerzen mit Ptosis und allerlei nervösen Erscheinungen, unter denen tonisch spastische Contracturzustände des Darmes besonders hervorzuheben sind. Objectiv ist eine Beweglichkeit der Nieren. Tiefstand und motorische Schwäche des Magens, sowie relative chemische Insufficienz desselben nachzuweisen. Besonderes Interesse beansprucht das Auftreten acuter Dehnung des Herzens, wobei der für gewöhnlich im V JCR innerhalb der ML fühlbare Herzspitzenstoss sich in der vorderen Axillarlinie im V—VI JCR nachweisen lässt. Auch nach rechts hin ist dann eine leichte Verbreiterung der Herzdämpfung zu constatiren. Gleichzeitig bestehen Schmerzen im linken Arm und in der Herzgegend neben Angstzuständen und dyspnoischem Athmen. Die Herzaction ist stärker, der Spitzenstoss hebend, der Puls beschleunigt bis 100, die Pulswelle gross. Alle Erscheinungen gingen stets in kurzer Zeit zurück. Solche Anfälle von acuter Herzdilatation hat W. bis gegen 10 mal beobachtet. Als Veranlassung dazu dienten einmal die Galvanisation des Kopfes ferner psychische Erregungen, körperliche Anstrengungen, am häufigsten aber spastische Contractionszustände des Darmes. Die Therapie bestand in der Application einer Eisblase aufs Herz, ferner in der Einschnürung der Herzgegend durch eine Flanellbinde, sowie ableitende Mittel. Nur von Potain ist bei Darmstörungen Herzdilatation beobachtet worden.

Herr Masing kann sich eine acute Herzdilatation nicht anders als durch gesteigerte Herzarbeit erklären. Im mitgetheilten Fall beruht dieselbe wahrscheinlich auf Hindernissen der Circulation in den Capillaren vermittelt durch die Vasomotoren. Bei Turnern kommen acute Herzdilatationen zur Beobachtung. Ferner hat sie M. in der II. Woche des Typhus beobachtet, dieselben schwinden in der Reconvalescenz. Bei länger dauernden Circulationsstörungen kommt es zur Herzhypertrophie, bei kurzdauernder Steigerung der Herzarbeit zu acuter Herzdilatation. M. ist der Ansicht, dass man solche Erscheinungen häufiger finden würde, wenn man die Herzdämpfung öfter feststellte.

Herr Westphalen erinnert an die Beziehungen zwischen Splanchnicus und Vagus (Goltz'scher Klopfversuch). Darm- und Herzneurosen sind häufig neben einander zu finden. In seinem Fall ist er geneigt die Herzdilatation auf vermehrte Circulationswiderstände im Darm neben reflectorisch herabgesetztem Tonus der Herzwand zu beziehen.

Secretär W. Beckmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— M. Kubla: Versuche über das Verhalten von Militärtuch, Leinwand und anderen Gegenständen zu Sublimatlösung 1 : 1000.

Verf. warnt vor der Desinfection von Soldatenkleidern mit Sublimatlösung, da Militärtuch aus einer 1‰ Sublimatlösung das Sublimat schnell und so vollständig entfernt, dass im Wasser mit den empfindlichsten Reagentien keine Spur von Quecksilber nachweisbar ist. Je älter das Tuch, desto mehr Quecksilber saugt es auf, und zwar haftet das aufgenommene Hg. so fest an der Faser, dass es ohne Zerstörung der letzteren nicht wieder ausgezogen werden kann. Beim Abtragen der Kleidungsstoffe kommt das Hg. als Pulver in die Athemluft. Es nehmen im Durchschnitt auf: weisser Wollstoff (wollene Decken) 9,37 Gewichts %, graues Militärtuch 3,52—3,72 pCt., dunkel grünes 2,81 pCt., Menschenhaare 2,50, Leinwand 0,50.

Grimm.

— A. Kühner beschreibt das von einer Aerztin in Michigan erfundene elektrische Lichtbad. Der Pat. setzt sich in eine Kammer von etwas mehr als einem Quadratmeter Grundfläche und etwa 2½ Meter Höhe auf einen Drehstuhl. An den vollkommen mit Spiegeln bekleideten Wänden befinden sich 40—50 elektrische Glühlampen, durch die ein jeder Theil des Körpers der in der Kammer sitzenden Person fast gleichmässig bestrahlt wird. An der Decke und dem Boden sind zum Zweck des Zu- und Abflusses frischer Luft Oeffnungen angebracht. Der Badende sitzt unbekleidet in der Kammer, es kann sich auch sein Kopf ähnlich wie bei den Dampfkastenbädern ausserhalb des Lichtbades befinden. Durch das Lichtbad wird die Temperatur des Baderaumes gleichmässig erwärmt, schon nach 3 Minuten beträgt die Temperatur 35° C. nach weiteren 2 Minuten 40° und kann dieselbe durch Einschalten weiterer Lampen noch mehr gesteigert werden. Der Pat. bleibt im Bade 15—30 Minuten. Ausser der Wirkung des Lichtes handelt es sich noch um die Wärmewirkung. Endlich aber rechnet man auf eine geheimnissvolle specifische Einwirkung der Elektricität auf den menschlichen Körper. Ausser Vollbädern können auch Theilbäder wie Kopf-, Rumpf- und Fussbäder verabfolgt werden. (Intern. klin. Rundschau 1894 p. 522).

— Bramwell machte die Beobachtung, dass die Haut Myxoedematöser während der Behandlung mit Thyreoideaextract stark abschuppt. Dies brachte ihn auf den Gedanken Psoriasis mit Thyreoideaextract zu behandeln. In hartnäckigen Fällen erzielte er gute Resultate. Zur Unterstützung der Cur gibt er noch folgende Verhaltungsmaassregeln. Der Pat. muss sich in gleichmässiger Temperatur aufhalten. Die Diät soll aus Milch, Fisch und Huhn bestehen, verboten sind Süssigkeiten und rothes Fleisch. Regelung des Stuhles und äussere Application eines der bekannten Psoriasismittel. Innerlich Thyreoideaextract.

(Brit. med. Journ. 1894 pag. 617).

— Jessop beschreibt mehrere Fälle von Koliken des Processus vermiformis (appendicular colic), die durch fibröse Verengerung des Lumens des Appendix hervorgerufen wurden. Der Processus vermiformis war durch Schleim resp. kothhaltigen Schleim beträchtlich ausgedehnt. Die Koliken wurden wahrscheinlich durch krankhafte Contractionen der Muscularis des Appendix veranlasst, wobei der Inhalt des Wurmfortsatzes nur mit grosser Mühe durch die Stenose durchgetrieben werden konnte. In einem Fall konnte der ausgedehnte Wurmfortsatz gefühlt werden. Die Entfernung des Appendix per laparotomiam brachte die qualvollen Koliken zum Schwinden. Der Stuhl war während der Koliken nicht angehalten. (Brit. med Journ. 1894 pag. 627).

25-jähriges Jubiläum des Oberarztes am Peter-Paulhospital zu St. Petersburg, Dr. med. Adolf Metzler.

Am 5. September a. c. vollenden sich 25 Jahre, seit Dr. Adolf Metzler das hiesige städtische Peter-Paulhospital als Oberarzt leitet. Ein 25-jähriger Hospitalsdienst, zumal in so verantwortlicher Stellung, bedeutet eine ausserordentlich grosse Arbeitsleistung, die nur Derjenige richtig würdigen wird, der diesen Dienst aus eigener Erfahrung kennt. Wer



zudem mit den mannigfachen Wandlungen vertraut ist, die unsere städtischen Hospitäler in den letzten Jahren durchgemacht haben, und wer vollends das Peter-Paulhospital in seiner frühern abschreckenden Gestalt gekannt hat und es mit dem vergleicht, was es jetzt ist, der wird dem Leiter desselben seine vollste Anerkennung zollen müssen. Die zweckmässigen Neubauten der letzten Jahre, die schönen Gartenanlagen, die neu eingerichteten Laboratorien, die Verbesserungen in der Verpflegung der Kranken und vieles Andere haben dem Hospital einen ganz anderen Charakter gegeben; was aber noch nicht so ist, wie es sein sollte, konnte eben, aus finanziellen und sonstigen vom Oberarzt unabhängigen Gründen, bisher nicht geändert werden.

Der Jubilar hat zu unserer Wochenschrift und zu den beiden hiesigen ärztlichen Vereinen, deren Protokolle in unserer Wochenschrift gedruckt werden, in mannigfacher Baziehung gestanden. Zu den wissenschaftlichen Mittheilungen, die in diesen Protokollen niedergelegt sind, hat das von Dr. A. Metzler geleitete Hospital nicht unbeträchtlich beigesteuert, indem das reiche Krankenmaterial nicht nur vom Jubilaren selbst, sondern auch von andern Hospitalärzten bearbeitet worden ist. Wir erlauben uns daher, dem Jubilaren unsere herzlichen Glückwünsche zu dem seltenen Fest darzubringen und hoffen, dass er noch lange auf seinem schwierigen Posten für das Allgemeinwohl wirken möge.

Vermischtes.

— Am 27. August (8. September) ist Professor Hermann Ludwig Ferdinand Helmholtz nach langem Leiden in Charlottenburg gestorben. Er war am 31. August 1821 in Potsdam geboren, studirte in Berlin Medicin, wurde Militärarzt, dann Docent für Anatomie an der Berliner Kunstakademie, Professor der Physiologie in Königsberg, Bonn, Heidelberg und seit 1871 Professor der Physik in Berlin. Als Physiolog und Physiker gleich berühmt, war Helmholtz einer der genialsten und vielseitigsten Naturforscher aller Zeiten. Allbekannt sind seine epochemachenden Werke über die Erhaltung der Kraft, seine Arbeiten auf dem Gebiet der Optik («Physiologische Optik,» «Ueber das Sehen,» «Beschreibung des Augenspiegels»), der Acustik («Lehre von den Tonempfindungen»), der Nervenphysiologie. Auch hat er viel zur Popularisirung der Naturwissenschaften gethan («Wechselwirkung der Naturkräfte», «Populäre Vorträge»).

— Ordensverleihungen: St. Wladimir-Orden dem Gehilfen des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Alexei Beljajew. St. Stanislaus-Orden I. Classe dem Prof. emer. der Kaiserlich. Militär-Midicinischen Akademie Wirkl. Staatsrath Iwan Nassilow; den ordentlichen Professoren derselben Akademie, Wirkl. Staatsräthen Kronid Sslawjanski und Jewgeni Pawlow; den Corpsärzten des 11., resp. 13. und 18. Armeecorps, Wirkl. Staatsräthen Nikolai Kuleschow, Karl Wiegand und Mitrofan Memorski; dem älteren Arzt Sr. Majestät Eigenen Convois, Wirkl. Staatsrath Michael Poljakow; Dem Präsidenten des Moskauer Evangelisch-Lutherischen Consistoriums, Wirkl. Staatsrath Dr. med. von Wulffius und dem Oberarzt des St. Petersburger Hospitals Nikolaus' des Wunderthäters, Wirkl. Staatsrath Tschetschott. St. Wladimir-Orden II. Classe dem Ehren-Leibmedicus Wirkl. Staatsrath Fedor Roschtschin; dem Bibliothekar der Milit.-Med. Akademie Dr. med. Porfiri Golubew; dem Corpsarzt des 6. Armeecorps, Wirkl. Staatsrath Iwan Demtschenko, den Divisionsärzten Staatsräthen Wladimir Ssuchow, Nikolai Liwanowski und Nikita Wankowski, sowie den Brigadeärzten Staatsräthen Lasizki und Alexander Kornilow, St. Stanislaus-Orden II. Classe dem ausserordentlichen Professor der Milit.-Med. Akademie Staatsrath Iwan Pawlow.

— Befördert: Zum Geheimrath die Bezirks-Militär-Medicinalinspectoren des Moskauer, resp. Wilnaschen Militärbezirks Saussinzki und Ssamochwalow, der Gehilfe des Bezirks-Militär-Medicinalinspectors des St. Petersburger Militärbezirks Schenk. Zum Wirklichen Staatsrath die ordentlichen Professoren der Militär-Medicinischen Akademie Bechterow, Ssubbotin und Dianin; der ältere Arzt der Verwaltung des Warschauer Festungsrayons Schmidt, der Warschauer Gouvernements-Medicinalinspector Dr. med. Lewinski und der Kownosche Gouv. Medicinalinspector Dr. med. Goreleitschenko.

— Ernannt: Zum Ehren Leibmedicus des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät der ältere Ordinator des Kijewer Militärhospitals und Privatdocent der St. Wladimir-Universität, Collegienrath Dr. med. Ssolomka.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg wies in der letzten Woche eine weitere allmähliche Abnahme auf. Es erkrankten vom 25. bis zum 31. August 12 Uhr Mittags 108 Personen, genasen 97, starben 64 Personen und verblieben am 31. August 12 Uhr Mittags in Behandlung 76 Cholerakranke. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 31. August 12 Uhr Mittags in St. Petersburg 4423 Personen erkrankt, 2147 genesen und 2147 Personen gestorben.

Im Gouvernement St. Petersburg sind nach dem letzten officiellen Cholera-Bulletin vom 14. bis zum 20. August 289 Personen erkrankt und 114 gestorben Das erwähnte Cholera-Bulletin des «Reg. Anzeig.» führt 44 Gouvernements und Städte auf, in denen gegenwärtig die Epidemie herrscht, und die Gesammtzahl der Erkrankungen belief sich nach demselben auf 8925 und die der Todesfälle auf 4329. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel auf das Gouvernement Warschau (vom 7. bis zum 20. August 1383 Erkrankungen und 640 Todesfälle); dann folgen die Gouvernements: Kjelze (vom 7. bis 13. August 1017 Erkr. und 571 Todesf.), Grodno (vom 7. bis 20. August 851 Erkr. und 377 Todesf.), Radom (vom 7. bis 13. August 718 Erkr. und 360 Todesf.), Nishni-Nowgorod (vom 7.—15. August 690 Erkr. und 315 Todesf.), Petrokow (vom 14.—20. August 607 Erkr. und 359 Todesf.), Rjasan (vom 31. Juli bis zum 13. August 465 Erkr. und 217 Todesf.), Podolien (vom 7.—20. August 370 Erkr. und 147 Todesf.), Nowgorod (vom 14.—20. August 229 Erkr. u. 109 Todesf.), Jarosslaw (vom 7.—20. August 224 Erkr. und 92 Todesf.), Bessarabien (vom 14.—20. Aug. 196 Erkr. u. 112 Todesf.), Lomsha (vom 7.—20. Aug. 192 Erkr. u. 107 Todesf.), Ssedlez (vom 14.—20. Aug. 162 Erkr. und 99 Todesf.), Kostroma (vom 14.—20. August 159 Erkr. und 73 Todesf.), Minsk (vom 14.—20. August 139 Erkr. u. 61 Todesf.) und Ljublin (vom 31. Juli bis zum 20. August 136 Erkr. und 66 Todesf.). In den übrigen von der Seuche ergriffenen Gouvernements Kalisch, Kaluga, Kur-, Liv- und Estland, Witebsk, Wolhynien, Kowno, Wladimir, Wologda, Wjatka, Kasan, Olonez, Perm, Pskow, Ssaratow, Ssimbirsk, Tambow, Twer, Tula, Ssamara, Baku, Tobolsk und im Don-Gebiet betrug die Zahl der Erkrankungen unter 100. In der Stadt Warschau belief sich die Zahl der Erkrankungen vom 14. bis zum 20. August auf 88 und die der Todesfälle auf 27. In Kronstadt erkrankten nach dem neuesten Bulletin vom 14. bis zum 20. August 6 und starben 3 Personen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. August d. J. 5578 (68 weniger als in der Vorwoche), darunter 277 Typhus — (6 mehr), 729 Syphilis — (wie in d. Vorw.), 86 Scharlach — 17 mehr), 34 Diphtherie — (3 mehr), 15 Masern — (3 weniger), 4 Pocken — (wie in der Vorw.) und 106 Cholerakranke (60 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. August 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
274	263	537	94	47	87	11	8	20	63	60	46	44	39	10	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 7, Scharlach 7, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 1, Cholera nostras 1, Cholera asiatica 86, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 72, Todtgeborene 22.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. September.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **Amalie Schulze,** Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.

Довв. ценз. Спб. 3 Сентября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 10. (22.) September **1894**

Ueber die Bedeutung der corticalen Epilepsie für die topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

Es ist eine alte gute Regel, die namentlich von Nothnagel in seiner «topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten» [1]) immer wieder betont wird, dass man locale Erkrankungen des Gehirns nur diagnosticiren soll aus den durch sie verursachten Ausfallserscheinungen, d. h. aus denjenigen Symptomen, die durch die Aufhebung der Function des voraussichtlich lädirten oder zerstörten Hirntheils entstehen. Umgekehrt hebt er mit Recht hervor, dass die von einem bestimmten Abschnitt des Gehirns ausgehenden Reizerscheinungen zur topischen Diagnose nicht wohl verwerthet werden können, weil der gereizte Hirnabschnitt nicht immer auch der erkrankte ist, und die Reizsymptome häufig auch indirect durch die reizende Wirkung eines benachbarten Erkrankungsherdes, oder reflectorisch von entfernten Hirnpartien ausgelöst werden können.

Nur zu Gunsten der sogenannten Jackson'schen Epilepsie wird vielfach eine Ausnahme von dieser weisen Vorsichtsregel zugelassen. Und in der That: wenn man die partiellen Krämpfe in typischen Anfällen immer in demselben Körpertheil und in einer und derselben Extremität sich wiederholen sieht und wenn, falls die Krämpfe sich ausdehnen und generalisiren, man doch beobachtet, dass sie ihren Ausgangspunkt stets von denselben Muskelgruppen nehmen, so liegt es wohl nahe aus diesem Verhalten den Schluss zu ziehen, dass der ursprüngliche Krankheitsherd in demjenigen Theile der Hirnrinde gelegen ist, welcher die motorischen Centra für die zuerst in Krämpfe gerathenen Muskelgruppen enthält.

Eine derartige Schlussfolgerung hat noch mehr Verführerisches, wenn man die Jackson'sche Rindenepilepsie mit den experimentellen Krämpfen vergleicht, welche man durch die electrische Reizung der motorischen Abschnitte der Hirnrinde bei Thieren erzeugen kann. Auch bei diesen künstlich hervorgerufenen epileptiformen Anfällen sieht man bei Anwendung schwacher Ströme häufig nur diejenigen Körperabschnitte in krampfhafte Erregung gerathen, welche der gereizten Rindenpartie entsprechen. Erst wenn bei wiederholter electrischer Reizung die Erregbarkeit der Hirnrinde wächst, oder wenn man stärkere Ströme anwendet, strömt die motorische Erregung auf immer weitere Kreise der motorischen Rindencentra über — aus den in monoplegischer Anordnung localisirten Muskelzuckungen werden halbseitige Convulsionen und schliesslich fährt der Sturm der krampfhaften Erregung durch die gesammte Körpermuskulatur und es entrollt sich das lebhafte Bild des typischen allgemeinen, epileptiformen tonisch-klonischen Anfalles. Wie diese experimentelle Epilepsie fast ausschliesslich durch die electrische Reizung der motorischen Abschnitte der Hirnrinde hervorgerufen wird und bei der Faradisation anderer Zonen der Grosshirn-Oberfläche nicht zu Stande kommt, so sollte man meinen, muss bei der pathologischen Rindenepilepsie des Menschen der epileptogene Krankheitsherd ebenfalls in den psychomotorischen Rindenabschnitten gesucht werden. In den meisten Fällen trifft diese Annahme ja auch zu, und sie wird zur Gewissheit, wenn die Krampfanfalle mit monoplegischen Ausfallssymptomen, Lähmungen oder Paresen verbunden sind und ihren Ausgang von den gelähmten Gliedern nehmen. Wenn aber nur Krämpfe vorhanden sind, ohne gleichzeitige Lähmungen, dann entbehrt die Diagnose des Sitzes des Erkrankungsherdes der nöthigen Sicherheit. Das ist besonders für die Chirurgie von praktischer Wichtigkeit, denn nur, wenn wir des Ortes gewiss sind, an welchem die Hirnläsion localisirt ist, besitzen wir das Recht derselben operativ zu Leibe zu gehen.

Eine Illustration hierzu bietet folgender Fall, den ich im verflossenen Semester beobachtet habe.

[1]) Berlin. 1879. Verl. v. Aug. Hirschwald.

Der Schuhmacher Johann Koppel 29 a. n. wurde am 6. Januar 1894 wegen vorgeschrittener Lungentuberculose in die Hospitalklinik aufgenommen. Eine Recapitulation des Krankheitsverlaufes, der in Bezug auf die Lungenaffection das allbekannte Krankheitsbild darbot und am 8. Mai zum Tode führte, will ich mir und dem Leser ersparen. Es sei nur erwähnt, dass der Patient ohne höhere Fiebertemperaturen der fortschreitenden Abmagerung und Entkräftung erlag und bei der physikalischen Untersuchung ausgedehnte Verdichtungen der oberen Partien beider Lungen und eine Caverne im rechten Oberlappen erkennen liess; zugleich waren Albuminurie und schlaffes Oedem der Beine vorhanden. Anamnestisch gab Patient an, dass ihm vor sechs Jahren offenbar wegen einer serösen Pleuritis aus der rechten Brusthöhle eine gelbe Flüssigkeit abgelassen worden sei. Seine jetzige Krankheit hat angeblich vor zwei Jahren mit Bluthusten begonnen.

Die uns an dieser Stelle interessirenden Krankheitserscheinungen hoben in der Mitte des December 1893 mit eigenthümlichen Krampfanfällen an, von denen der erste zwei Wochen vor Weihnachten, der zweite am 25. December 1893, der dritte am 16. Januar 1894 stattfand. Am Vormittag des 2?. Januar habe ich den vierten derartigen Anfall zufällig beobachten können. Ohne alle Vorboten trat zunächst ein nur wenige Secunden dauernder Bewusstseinsverlust ein, während dessen Patient ins Bett zurück sank und sich opisthotonisch streckte; darauf setzten bei wiederkehrendem Bewusstsein heftige klonische Krämpfe im ganzen linken Bein ein, welches dabei gestreckt und durch lebhafte Schüttelbewegungen auf und ab geworfen wurde. Nach dem Aufhören der Krämpfe, während welcher der Kranke über heftige Schmerzen in den krampfenden Muskeln klagte, war das Bein für mehrere Stunden vollkommen gelähmt und zeigte eine deutliche Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung. Am Abend waren alle diese Erscheinungen wieder geschwunden und Pat. war wieder im Stande im Zimmer umherzugehen.

Am 23. Januar ein dem oben beschriebenen völlig gleicher Anfall, der jedoch ohne Bewusstseinsverlust eingesetzt haben soll.

Die Zeit vom 25. Januar bis zum 23. Februar hat der Kranke ausserhalb des Hospitals verbracht. Er giebt an, dass er am 18. Februar im Verlaufe einer Stunde 4 den obigen gleiche Anfälle gehabt habe. Von einer einleitenden Bewusstseinspause weiss Pat. nichts, doch muss eine solche wohl vorhanden gewesen sein, da er sich beim letzten Anfall die Unterlippe ganz blutig gebissen hat. Nach den Anfällen waren ihm die linke obere und untere Extremität wie vertaubt und unbeweglich und erst nach einigen Stunden stellte sich «das Leben» in ihm wieder ein.

Die nach dem Wiedereintritt des Pat. im Hospital vorgenommene Untersuchung der Functionen des Nervensystems liess eine ganz geringe Herabsetzung der rohen Kraft im linken Arm und linken Bein erkennen, doch war von einer eigentlichen Parese nicht die Rede, da alle Bewegungen frei ausgeführt werden konnten. Eine Verringerung des Muskelgefühls schien allerdings vorhanden zu sein, wenigstens wurden die Versuche, mit dem linken Bein bei geschlossenen Augen einen Kreis in der Luft zu beschreiben, oder mit dem linken Hacken das rechte Knie zu berühren, langsamer und ungenügender ausgeführt als mit dem rechten Bein. Sensibilitätsstörungen fehlen. Der Patellarreflex ist links lebhafter als rechts. Die linke obere und untere Extremität zeigen ein leichtes Oedem, das auf der anderen Seite fehlt. Ophthalmoskopisch keine Veränderungen. Sensorium klar, Intelligenz normal, kein Kopfschmerz, kein Schwindelgefühl.

Am 25. Februar ein kurzdauernder Krampfanfall in der linken oberen und unteren Extremität, der nicht genauer beobachtet worden ist.

Nun folgt eine längere krampffreie Zeit, während welcher zwar die Lungentuberculose und die Nierenaffection weitere Fortschritte machten, aber die Störungen von Seiten des Nervensystems durchaus in den Hintergrund traten. Die hemiparetischen Erscheinungen waren eigentlich garnicht zu bemerken und allgemeine Nervensymptome, namentlich auch Kopfschmerzen, waren nicht vorhanden. Es machte den Eindruck, als habe das Gehirn sich von den epileptiformen Anfällen völlig erholt. Am 18. März will Pat. in der linken Seite ein Ziehen wie bei einem beginnenden Anfall gehabt haben; dabei starkes Herzklopfen und kalter Schweiss; zu Krämpfen ist es jedoch nicht gekommen.

Am 3. April bekam Pat. plötzlich einen Anfall, welcher nach den Angaben der Anwesenden etwa eine Viertelstunde gedauert hat. Pat. verlor das Bewusstsein und bekam darauf klonische Krämpfe, anfänglich im linken Bein und darauf im ganzen Körper. Nach dem Anfall fühlte Pat. sich unbeschreiblich elend und schwach.

Am 6. April empfand der Kranke leichte Zuckungen im linken Bein, ohne dass es aber zu einem richtigen Anfall kam.

Am 9. April desgleichen.

Am 22. April ein typischer epileptiformer Anfall, welcher etwa zwei Minuten dauerte. Das Bewusstsein kehrt nur langsam wieder und Pat. liegt nach dem Anfall unbesinnlich da in tiefer Somnolenz; auf lautes Anrufen antwortet er zwar langsam und ungern, aber verständig. Diese Anfälle wiederholen sich am selben Tage noch um 1 Uhr, um 6 Uhr und um 9 Uhr Abends. Alle vier Anfälle hatten den gleichen Verlauf: zunächst begannen schmerzhafte Zuckungen im linken Fuss, welche sich sodann rasch über das ganze Bein und den linken Arm ausbreiteten; darauf stieg die schmerzhafte beängstigende Empfindung in den Kopf, Pat. rief eilig nach Hilfe und verlor das Bewusstsein. In diesem Moment erweiterten sich die Pupillen, die Athmung stand für einige Secunden still und nun wurde der ganze Körper von einem allgemeinen Tonus ergriffen, welcher sehr bald in klonische Krämpfe und Convulsionen der gesammten Körpermuskulatur überging. Dieselben begannen an den unteren Extremitäten und verbreiteten sich so rasch, dass eine bestimmte Reihenfolge nicht zu erkennen war. Zuletzt krampfte auch die mimische Gesichtsmuskulatur, wobei der Kopf und die Bulbi nach rechts und oben verdreht wurden. Nach ein paar Minuten hörte der Anfall auf, indem die Krämpfe zuerst in der rechten Körperhälfte, später auch in der linken und zuletzt in der linken Gesichtshälfte nachliessen. Nun kehrte auch das Bewusstsein allmählich wieder.

Am folgenden Tage fühlte Pat. sich noch sehr elend und schwach, konnte aber umhergehn ohne zu hinken, und nur der linke Arm liess sich nicht ganz so hoch über den Kopf erheben wie der rechte. Feinere Bewegungen wurden mit beiden Händen gleich geschickt ausgeführt, Sensibilitätsstörungen waren nicht zu bemerken; die linke Gesichtshälfte hing im Vergleich zur rechten etwas schlaffer herab, konnte jedoch ausgiebig bewegt werden.

Am 29. und 30. April wiederholten sich die Anfälle in der gleichen Weise.

Ebenso am 3. Mai. Von nun an war eine deutliche Parese des linken Fusses vorhanden, welcher beim Gehen nachschleppte. Unter rapidem Kräfteverfall näherte Pat. sich rasch seinem Ende. Am 6. Mai zwei epileptiforme Anfälle mit allgemeinen Convulsionen.

Am 7. desgleichen.

Am 8. Mai Abends Exitus letalis.

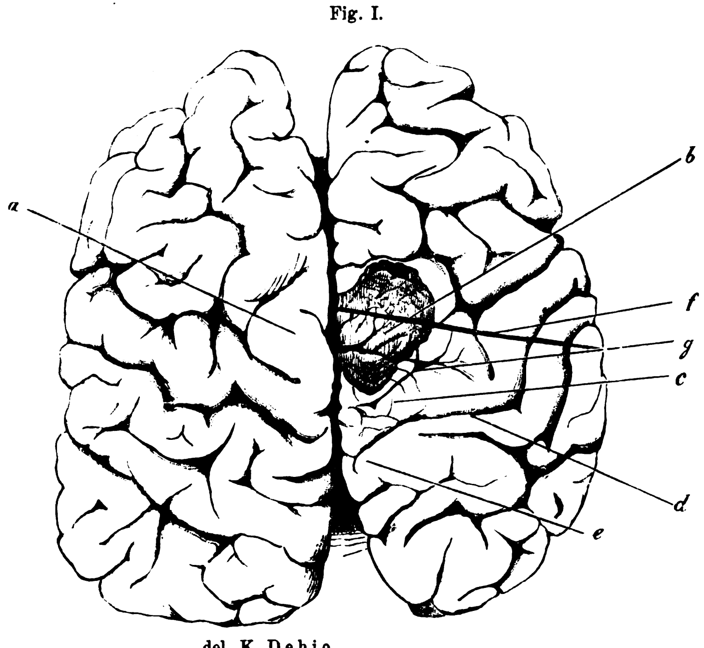
In den letzten Lebenswochen hatte sich eine deutliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten des Kranken bemerklich gemacht.

Die Section ergab eine chronische Tuberculose der Lungen mit ausgedehnten Verdichtungen der Oberlappen; in der rechten Lungenspitze eine apfelgrosse Caverne, mit schieferig indurirter Umgebung; in den unteren Lungenabschnitten gruppenweise zusammenstehende tuberculöse Knötchen. Herz und grosse Gefässe normal. Chronischer Milztumor. Parenchymatöse Trübung des Lebergewebes, chronische parenchymatöse Nephritis. Tuberculöse Geschwüre des Ileum und Coecum.

Nach Eröffnung der Schädelhöhle erscheint die Dura mater von normaler Spannung, und lässt sich ohne Schwierigkeit vom Gehirn abziehen. Die Pia mater ist überall glatt und glänzend und von gewöhnlichem Blutgehalt; nur auf der Höhe des Scheitels rechterseits ist sie fest mit der Hirnoberfläche verwachsen, etwa in der Ausdehnung eines Silberrubels. An dieser Stelle ist sie verdickt, derb, und lässt einzelne linsen- bis erbsengrosse weissliche Knötchen, die dicht bei einander liegen, durchscheinen. In den Subarachnoidalräumen eine geringe Vermehrung der cerebrospinalen Flüssigkeit. Das Gehirn in allen Theilen feucht und von mittlerem Blutgehalt. Die Ventrikel geräumig, von klarem Serum erfüllt. Auch an der Gehirnbasis ist die Pia zart und unverändert, die arteriellen Gefässe zartwandig. Nirgends miliare Knötchen zu bemerken. Die Hirnwindungen sind überall gut entwickelt und nicht abgeplattet; die zarte Hirnhaut lässt sich durchweg leicht abziehen mit Ausnahme der schon erwähnten Stelle an der rechten Scheitelhöhe. Die genauere Untersuchung dieser Stelle erweist, dass hier ein etwas über wallnussgrosser solitärer Tuberkel sitzt, dessen Centrum gelbweiss, käsig, fest und derb ist. (cfr. die beigefügte Zeichnung Fig. I). Gegen die Umgebung ist er durch einen schmalen Saum eines grau-röthlichen durchscheinenden Granulationsgewebes abgegrenzt, so dass er sich leicht aus seinem Lager herausschälen lässt. Dieser Tuberkel nimmt das hintere Ende der ersten (obersten) rechten Stirnwindung ein und reicht nach hinten bis hart an den Sulcus präcentralis, welcher die Grenze zwischen der Stirn- und vorderen Centralwindung bildet. Nach innen greift der Tuberkel auch auf die mediale zum Längsspalt des Grosshirns hinsehende Fläche der rechten Hemisphäre hinüber. Ein den Tuberkel und die ganze Hemisphäre durchtrennender Querschnitt (cfr. Fig. 2) zeigt, dass durch diese tuberculöse Neubildung nicht nur die graue Rindensubstanz sondern auch die zugehörige Markleiste zerstört ist. Die übrige Markmasse des Hirnes ist intact, lässt aber in der nächsten Umgebung der Neubildung in einer etwa einen Cm. breiten Zone eine stärkere Durchfeuchtung und Abnahme ihrer Consistenz er-

kennen, die namentlich an dem in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Präparat recht deutlich ist. Die Hirnrinde lässt in der Umgebung des Tuberkels keinerlei makroskopische Veränderungen erkennen. Wie schon gesagt, ist der Tuberkel fest mit der verdickten Pia verwachsen und diese Verwachsung erstreckt sich auch auf diejenigen Hirnwindungen, welche den Tuberkel zunächst umgeben. Die festere Anheftung der Pia ist namentlich am oberen Ende der vorderen Centralwindung deutlich, woselbst sich in der Pia ein dichtes Netz grösserer Gefässe entwickelt hat, deren Abdrücke nach Entfernung der zarten Hirnhaut auch auf der Oberfläche der vorderen Centralwindung noch deutlich sichtbar sind, wie ich das auf der beigefügten Fig. I angedeutet habe. Einen mechanischen Druck auf seine Umgebung hat der Tuberkel offenbar nur in geringem Maasse ausgeübt, denn abgesehen von einer unbedeutenden Verbreiterung des hinteren Endes des Gyrus frontal. super. ist die Configuration der Grosshirnwindungen unverändert geblieben.

Fig. I.



del. K. Dehio.

a. hinteres Ende der obern (ersten) Stirnwindung
b. Hirntuberkel.
c. oberer Abschnitt der vordern Centralwindung.
d. Centralfurche.
e. oberer Abschnitt der hintern Centralwindung.
f. Lage des in Fig. II dargestellten Querschnittes.
g. Sulcus praecentralis.

Versuchen wir nun die klinischen Symptome aus dem anatomischen Befund zu erklären. Die Verhältnisse liegen in sofern günstig, als wir es nur mit einem einzigen Erkrankungsherd zu thun haben, und das ganze übrige Gehirn normale Verhältnisse zeigt. Ein allgemeiner Hirndruck ist nicht vorhanden gewesen, wie denn auch die Ventrikel nicht erweitert und die Windungen der Oberfläche nicht abgeflacht waren. Die Symptome, welche auf die Anwesenheit einer Herderkrankung hinwiesen, bestanden lediglich in den geschilderten Krampfanfällen, die die unverkennbaren Charaktere der Jackson'schen Rindenepilepsie trugen. Anfänglich auf die linke untere Extremität beschränkt, dehnten sie sich im weiteren Verlauf der Krankheit auf die gesammte Körpermuskulatur aus, aber begannen auch dann noch stets im linken Bein, wo sie auch zuletzt erloschen Lähmungen und sonstige Ausfallserscheinungen fehlten so gut wie vollständig, denn die nach jedem Krampfanfall einige Stunden währende Paralyse des linken Beines (einmal auch der ganzen linken Körperhälfte) beruhte offenbar auf der zeitweiligen Erschöpfung der nervösen Centra, die sich vorher in einer excessiv krampfhaften Erregung befunden hatten, und konnte nicht auf eine dauernde Zerstörung dieser Centra bezogen werden.

Bei der genauen Untersuchung des Kranken in krampffreien Zeiten liess sich lediglich eine geringe Abstumpfung des Muskelsinnes für das linke Bein und eine kaum bemerkliche Abschwächung der Motilität in den linksseitigen Extremitäten constatiren, was wohl nicht genügte, um eine Zerstörung der entsprechenden Rindenpartien anzunehmen; erst 4 Tage vor dem Tode trat eine deutliche Parese des linken Beines ein. Es musste also eine Herderkrankung der Hirnrinde angenommen werden, die zwar localisirte Reizwirkungen auf die motorischen Centra für das linke Bein, d. h. also auf das obere Ende der Centralwindungen ausübte, aber die letzteren doch nicht zerstört hatte. Angesichts des progredienten Charakters der Krampfanfälle bei einem an Lungentuberculose leidenden Kranken war die Diagnose eines Hirntuberkels gegeben, aber über den Sitz desselben waren nur Vermuthungen möglich. Erst die Section klärte den Sachverhalt.

Fig. II.



Querschnitt durch die rechte grosse Hemisphäre.
a. Hirntuberkel.

Der Hirntuberkel nahm den hinteren Abschnitt der obersten Stirnwindung ein, befand sich also in der unmittelbaren Nachbarschaft derjenigen Centra, von denen die epileptische Erregung der motorischen Rindenzone ausging. Die Reizwirkungen, die er auf das obere Ende der vorderen Centralwindung ausübte, waren jedoch nicht rein functioneller Natur; vielmehr lehrte die Section, dass in der Umgebung des tuberculösen Herdes und namentlich auch am oberen Ende der vorderen rechten Centralwindung umschriebene meningitische Processe gespielt hatten, durch welche die Oberfläche der grauen Hirnrinde in Mitleidenschaft gezogen wurde. Also nicht der Hirntuberkel als solcher, sondern die durch ihn bewirkte regionäre Meningo-Encephalitis bildete das anatomische Substrat der klinischen Erscheinungen.

Wie der electrische Strom im Thierexperiment, so erzeugte hier die oberflächliche Entzündung den charakteristischen Erregungszustand der Rindencentra, der von Zeit zu Zeit in epileptiformen Krämpfen explodirte. Aber diese Centra waren nicht zerstört, und darum fehlten alle Lähmungserscheinungen.

Ich habe mich in der mir zugänglichen Literatur nach analogen, durch die Section controllirten Beobachtungen umgesehen. Die Fälle, wo mono- oder hemiplegische Lähmungen mit isolirten Krampfanfällen in den gelähmten oder paretischen Muskelgruppen oder nur mit allgemei-

nen epileptischen Krämpfen verbunden waren, sind in grosser Zahl veröffentlicht worden und stets fand sich bei ihnen der Erkrankungsherd (Tumoren, Cysten, Erweichungsherde) in den Centralwindungen. Solche Erkrankungen aber, wo wie in meinem Fall, typische Jacson-sche Rindenepilepsie beobachtet worden ist, ohne gleichzeitige Lähmungen, sind äusserst selten. Nothnagel (l. c. p. 422 und 423) führt einen Fall von Lepine und einen von Hughlings Jackson an, die, so viel ich aus dem Nothnagel'schen Referat ersehe hierher gehören. In beiden Fällen fand sich der Erkrankungsherd (im ersten Fall ein Blutherd, im zweiten ein Tuberkelknoten) in den hintern Enden der Frontalwindungen. Nearonow[2]) beschreibt einen Fall von corticaler Epilepsie und postepileptischen Lähmungen bei einem 34-jährigen constitutionell syphilitischen Manne, welcher Anfälle von Convulsionen ohne Bewusstseinsverlust hatte, die stets in der linken Hand begannen und von subjectiven Empfindungen in derselben eingeleitet wurden. Die schon vor diesen Anfällen vorhanden gewesene linksseitige Hemiparese wurde nach jedem Anfall auf 1—2 Tage zur vollständigen Hemiplegie mit Hemianästhesie, Steigerung des Patellarreflexes und Fussclonus linkerseits. Bei der Autopsie fand sich im obern Rand des hintern Drittels der ersten rechten Stirnwindung ein derbes Gumma von c. 3 cm. Durchmesser.

Hier scheint die Hemiparese noch ausgesprochener gewesen zu sein, als in meinem Fall, und dennoch war nicht die Centralwindung, sondern die Stirnwindung der Sitz der Erkrankung.

Weitere analoge Fälle sind mir bei der Durchsicht der referirenden Blätter aus den letzten 10 Jahren nicht aufgestossen.

Für die Lehre von der Genese der Rindenepilepsie dürfte der casuistische Beitrag den ich hier niedergelegt habe, nicht ohne Interesse sein, für die Praxis aber lehrt er, dass corticale Krämpfe zur topischen Diagnostik der Gehirnläsionen nur mit Vorsicht verwerthet werden dürfen, und nur dann für eine Herderkrankung der motorischen Rindenzone sprechen, wenn sie mit deutlichen mono- oder hemiplegischen Lähmungserscheinungen verbunden sind.

Für die Symptomatologie der Herderkrankungen des Stirnhirnes lässt sich mein Fall nicht verwerthen. Wie aus meiner ganzen Darstellung hervorgeht, bin ich der Ansicht, dass beim Menschen circumscripte Zerstörungen der Frontalwindungen an sich symptomenlos verlaufen, und mein Fall widerspricht dem in keiner Weise. Ob die in den letzten Lebenswochen entstandene leichte Demenz mit der Erkrankung des Vorderhirnes zusammenhing, das lässt sich wohl bezweifeln. Sehen wir Aehnliches doch oft genug zu Ende schwerer Krankheiten eintreten, auch ohne besondre Läsion der Stirnwindungen.

Referate.

Wilhelm Nissen: Ueber die Diazoreaction und ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbette des Kindes. (Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. XXXVIII).

Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die diagnostische Verwerthbarkeit der von Ehrlich angegebenen Reaction *) auch am Krankenbette des Kindes einer Prüfung zu unterziehen, umsomehr als speciell für's Kindesalter mit seinen mannigfachen Erkrankungen keine Untersuchungen vorliegen. Im Laufe von über 2 Jahren hat er im klinischen Elisabethhospital den Harn von 462 stationären kranken Kindern im Alter von 1/2 Jahr bis zu 16 Jahren (das Maximum fällt auf das 4.—6. Lebensjahr) untersucht. Von den 462 beobachteten Kranken sind 165 im Hospital gestorben und in 113 Fällen von diesen hat die Diagnose durch stattgehabte Section verificirt werden können. Die Gesammtzahl der angestellten Einzeluntersuchungen des Harns beträgt über 2500.

Eine Tabelle führt zunächst eine grosse Reihe von verschiedenen Krankheiten auf, in deren Verlauf bei wiederholten Untersuchungen niemals Reaction gefunden wurde, sodann werden diejenigen Krankheiten speciell besprochen, bei denen die Diazoreaction vorkam:

1. Bei Masern (36 Fälle) trat die Reaction stets auf in scharf ausgesprochenem Maasse — mehrfach schon 1—2 Tage vor Ausbruch des Ausschlags, gewöhnlich zugleich, und nur ganz selten 1—2 Tage nach begonnenem Ausschlag. Die Reaction verschwand meist kurz vor der vollständigen Entfieberung des Kranken: Gesammtdauer der Reaction durchschnittlich 5 Tage ebenso wie das Fieber — durchschnittlich 5—6 Tage (das Prodromalstadium abgerechnet). Es hat die Reaction daher prognostisch für den Masernverlauf selbst keine Bedeutung, wohl aber diagnostisch insofern als Rubeola und Miliaria keine Reaction ergaben, Masern jedoch stets.

2. Bei Scharlach (23 Fälle) konnte der Harn nur die ersten 2 Tage untersucht werden. Am 1. Tage des auftretenden Exanthems war die Reaction nur 8 mal vorhanden und zwar in mässiger Intensität, 15 mal dagegen fehlte sie; in 3 von diesen trat sie am 2. Tage auf. Bei Zweifel zwischen Masern oder Scharlach dürfte daher ceteris juvantibus ein Fehlen oder schwaches Ausgesprochensein der Reaction eher für Scharlach als für Masern sprechen.

3. Beim Typhus abdom. (24 Fällen) trat die Diazoreaction gegen Mitte oder Ende der ersten Woche constant auf und blieb je nach der Schwere des Verlaufes 9 Tage bis 3 Wochen hindurch bestehen. Beim Typhus der Kinder, wo Roseola und Milztumor häufig ganz fehlen, ist die Diazoreaction von besonders diagnostischem Werth. Nur ganz leichte, abortive Typhen geben ebensowenig wie fieberhafte Intestinalkatarrhe die Ehrlich'sche Reaction.

4. Unter den Lungenaffectionen der Kinder fand sich keine Reaction bei Bronchitis, Pertussis (24 Fälle), Pneumon. cat. simpl. und dupl. (49 Fälle mit 14 Sectionen). Bei Pleuropneumonie, Pleuritis und Laryngitis wurde meist Reaction in solchen Fällen angetroffen, die, sei es mit croupöser Pneumonie oder Tuberculose vergesellschaftet einhergingen. Unter 30 Fällen von croupöser Pneumonie fand sich die Reaction in 16 Fällen (darunter 2 letal verlaufene). Dass das Vorhandensein der Reaction bei croupöser Pneumonie durchaus schwereren Verlauf prognosticirt, wie manche Autoren es für Erwachsene angeben, liess sich bei den beobachteten Kindern nicht durchweg constatiren. Hingegen giebt die immerhin auffallende Thatsache, dass bei ein und derselben klinisch gekennzeichneten Affection die Diazoreaction im Harn in dem einen Fall vorkommt in dem anderen aber nicht zu bedenken, ob nicht das infectiöse Agens der Erkrankung hier und da ein verschiedenes sei?

An Phthisis pulmonum kamen 78 Fälle mit 47 Sectionen zur Untersuchung. Die weitgrösste Mehrzahl der Kranken fällt auf das 1—6. Lebensj. Das von den Autoren im Allgemeinen als wenig gesetzmässig und nicht einheitlich geschilderte Verhalten der Reaction in den Fällen von «Phthisis» gewinnt an Klarheit durch Beobachtung am Krankenmaterial des kindlichen Alters, wo man häufig den ganzen Ablauf phthisischer Lungenprocesse vom ersten Anbeginn bis zum tödtlichen Ausgang in rascher Folge vor Augen hat. Wesentlichen Aufschluss gewähren dann auch die häufigen Sectionen. Verfasser zergliedert das Verhalten der Reaction bei phthisischen Processen in 3 deutlich sich kennzeichnende Gruppen:

a) Die Reaction wird während einer längeren Beobachtungszeit garnicht oder nur hin und wieder angetroffen. Es ist das der Fall bei der chron. käsigen Pneumonie ohne Tuberkelbildung. Diese Form tritt häufiger bei grösseren als bei kleinen Kindern auf.

b) Die Reaction tritt bald auf bald verschwindet sie wieder zeitweise, um schliesslich einige Tage bis Wochen vor dem Tode intensiv ausgesprochen zu persistiren. Das ist der Fall

---

[2]) Citirt nach Guttmanns Jahrb. der pract. Medic. 1887 p. 138.

*) Ehrlich hält eine Lösung von Natriumnitrit 0,5 : 100 ccm. aq. und eine saure Sulfanilsäurelösung vorräthig (Acidi muriat. conc. 50 ccm. Acidi sulfanilici 5,0 : 1000 ccm. aq.) Zur Erhaltung des Reagens werden jedesmal frisch 250 ccm. des Sulfanilsäuregemisches mit 5 ccm. des Nitritgemisches gemengt. (Dieses Reactiv stellt eine farblose Flüssigkeit dar, welche mit der Zeit gelb wird und für den Gebrauch im Winter bis zum 5. im Sommer bis zum 3. Tage tauglich ist.)

Die Reaction selbst wird folgendermaassen ausgeführt: 1/3 Reagensglas wird mit dem zu untersuchenden Harn gefüllt ein zweites Drittel mit dem Reactiv, dann wird eine geringe Menge Ammoniaklösung zugesetzt. Der Schaum und die Masse werden roth.

bei chronischen käsigen Pneumonieen, die mit Tuberkelbildung (Miliartuberculose) vergesellschaftet einhergehen.

c) Die Reaction ist anfangs bei geringen klinisch nachweisbaren bronchitischen oder pneumokatarrhalischen Erscheinungen nicht vorhanden, tritt dann aber plötzlich und intensiv auf und verharrt bis zu dem oftmals in kurzer Zeit erfolgenden Exitus letalis. Dieses Vorkommen findet sich bei der typischen allgemeinen Miliartuberculose. Diese Form ist bei kleinen Kindern besonders häufig.

Eine Reihe beigefügter Tabellen und Krankengeschichten illustrirt und bestätigt diese Gruppirung.

Für die Diagnose von tuberculös. Lungenaffection bei Kindern ist die wiederholte Untersuchung des Harns auf Diazoreaction demnach von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Während die chron. Pneumonie, wo die Reaction uns im Stiche lässt, schon klinisch genug gekennzeichnet ist, fehlt uns gerade bei sich entwickelnder Miliartuberculose die diagnostische Handhabe, zumal bei kleinen Kindern schwer Sputum zu erhalten ist, oftmals Husten fehlt und der ganze Process häufig nur unter dem Bilde einer Bronchitis oder katarrh. Pneumonie abläuft. Das wiederholte oder persistirende Auftreten der Reaction im Harn entspricht dabei gewissermaassen den jedesmaligen Nachschüben von Tuberkeln, deren Eruption übrigens mit dem Auftreten der Reaction zeitlich nicht ganz zu coincidiren, sondern immer eine gewisse kurze Zeitlang vorauszugehen scheint.

5. Bei Meningitis tuberculosa (15 Fälle) ist, wenn sie Theilerscheinung einer allgem. dissem. Miliartuberculose ist, Reaction vorhanden (10 Fälle), tritt sie jedoch nur localisirt als etwa rasch ablaufender Endeffect zur chron. Pneumonie hinzu oder entnimmt sie ihren primären Ausgangspunkt einzig und allein käsig degenerirten Bronchialdrüsen, so ist keine Reaction zu erwarten (5 Fälle). Bei der einfachen eitrigen Meningitis und Mening. cerebrospin. epidemica ergaben je 3 Fälle keine Reaction. Positives Verhalten der React. spricht also bei cerebralen Erscheinungen unter Ausschluss von Typhus und etwaigen exanthematischen Erkrankungen für tuberculöse Meningitis, danach die Prognose. Negatives Verhalten im Verlauf einer meningitisartigen Erkrankung spricht vor Allem gegen Typhus, schliesst aber weder tuberculöse. eitrige, cerebrospinale Meningitis, noch sonstige cerebrale Affectionen leichteren Charakters aus und lässt daher die Prognose bis auf Weiteres in milderem Lichte erscheinen.

Zum Schluss spricht Verf. seine Ansicht dahin aus, dass das Auftreten der Diazoreaction im Harn wohl auf die Ausscheidung von bacteriellen Stoffwechselproducten im Harn zurückgeführt werden müsse. Dafür spreche auch eine Beobachtung Feers, welcher nach jedesmaliger Injection von Tuberkulin bei tuberculösen Kindern, die vorher keine Reaction aufwiesen, die Diazoreaction im Harn auftreten sah.

(Autoreferat)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. Mirabeau: Ueber Drillingsgeburten. München. Verlag v. J. Lehmann 1894.

Die Drillingsfruchtbarkeit (1:6500) ist am grössten bei Frauen im Alter von 30—34 und zwar kommen die meisten Drillingsgeburten bei multiparen Frauen vor. wobei in der Mehrzahl der Fälle der Drillingsschwangerschaft eine längere Pause vorausgeht. Drillingsmütter stammen häufig aus Familien, in welchen Mehrgeburten erblich sind, als persönlich disponirendes Moment wird der uterus duplex angeführt. Je fruchtbarer das Volk, d.h. je grösser die Zahl der vielgebärenden Frauen desto mehr Drillingsgeburten kommen vor. In Russland 1:4054, Schweden 1:4400, England 1:4600, Deutschland 1:7129, Frankreich 1:8256. Lingen.

L. Fürst: Die Hygiene der Menstruation im normalen und krankhaften Zustande. Für Frauen gemeinfasslich dargestellt. Leipzig, Verlag von A. Langkammer. 1894.

Verf. hat dieses Büchlein in der Absicht verfasst, die gebildete Frau über das Wesen der normalen und pathologisch veränderten Menstruation aufzuklären und in Frauenkreisen für eine vernünftige Menstruationshygiene zu wirken. In kurzen Zügen wird das Wesen der Menstruation, die Begleiterscheinungen etc. erläutert, woran sich verschiedene Rathschläge und Belehrungen in Betreff des Verhaltens zur Zeit der Menses anschliessen, denen aber meist nur die besser situirte Frau folgen kann. Ein Abschnitt behandelt die Unregelmässigkeiten in der Stärke der menstruellen Blutung, die begleitenden Empfindungen u. s. w., ein anderer die Körperpflege zur Zeit der Regel. Es ist durchaus nicht überflüssig auf manche Consequenzen aufmerksam zu machen, die bei Befolgung entsprechender Maassregeln der Frau im späteren Lebensalter erspart geblieben wären. Das Buch ist, wie bezweckt, in einer für den Laien durchaus verständlichen Form geschrieben und wird mancher Frau die gewünschte Auskunft und guten Rath geben.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 16. März 1894.

Herr Graubner hält seinen angekündigten Vortrag: Bericht aus der städtischen temporären Cholerabaracke zu Dorpat.

Nachdem die Cholera asiatica hier in Dorpat am 23. Septb. 1893 constatirt war, wurde die ärztliche Leitung der städtischen Cholerabaracke Dr. Graubner übertragen. Im Sommer des Jahres 1892 war die Cholera viel näher an unsere Stadt herangerückt, Riga und Pleskau waren heimgesucht, ohne dass ihre Ausläufer sich auch hierher erstreckten. Jetzt war Petersburg der nächste Heerd. Deswegen und wegen der vorgerückten Jahreszeit wurde ein Auftreten der Cholera hier nicht gerade erwartet. So war die schon im Sommer 1892 zur Aufnahme Cholerakranker bestimmte Baracke auch nicht weiter vorbereitet. Die Instandsetzung derselben konnte auch nur ganz allmählig fortschreiten und erreichte bis zum Erlöschen der Epidemie nur einen Grad der Vollständigkeit, welcher den Anforderungen der Neuzeit nicht entsprach. Besonders ungünstig gestaltete sich die erste Zeit, in welcher das Personal der Baracke nicht eingearbeitet war, und schon mehrere Patienten zur Aufnahme eingeliefert wurden, während es an vielem Nothwendigen gebrach. Später gab es eine Zeit, wo die Zahl der Kranken im Verhältniss zum Pflegepersonal viel zu gross war. Es gab Tage, an welchen bis 19 Patienten gleichzeitig von 4 Sanitären gepflegt werden mussten. Dass unter diesen ungünstigen Verhältnissen die Krankenwartung häufig die Arbeitskraft völlig absorbirte und die klinischen Beobachtungen in den Hintergrund treten mussten, ist selbstverständlich. Ein weiterer sehr empfindlicher Mangel bestand darin, dass nur in wenigen Ausnahmefällen die Diagnose Cholera asiatica durch die bacteriologische Untersuchung erhärtet werden konnte. Deswegen muss von vorneherein zugegeben werden, dass möglicher Weise auch Fälle von Cholera nostras für Cholera asiatica genommen und in der Statistik mitgezählt worden sind. Diese Thatsachen bestimmen den Referenten manche Einzelheiten der Krankenbeobachtung ganz zu übergehen und im Wesentlichen nur einen Gesammtüberblick über die in der Cholerabaracke gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen zu bieten.

Im Ganzen gelangten in der Zeit vom 25. September bis zum 18. November 74 Cholerapatienten zur Aufnahme. Von diesen waren: 23 Männer, davon 17 gestorben; 32 Frauen, davon 24 gestorben; 19 Kinder davon 11 gestorben. Im Ganzen starben also von 74 Patienten 52 = 70,27 pCt. und genasen 22 = 29,73 pCt. Sämmtliche Patienten gehörten der ärmeren und ärmsten Bevölkerung unserer Stadt an. Die meisten waren durch ihre Mittellosigkeit gezwungen sich mit den schlechtesten Nahrungsmitteln zu begnügen, während die wenigen, welche sich gut nähren konnten, in Häusern wohnten, die schon mehrere Patienten in die Cholerabaracke geliefert hatten. Nur einzelne Fälle (4) müssen von dieser Regel ausgenommen werden. Ein Patient, ein Soldat aus Warschau war auf der Reise in die Heimath hier erkrankt. Die bei weitem meisten Patienten starben schon kurze Zeit nach ihrer Aufnahme in die Baracke. $^2/_3$ aller Gestorbenen waren schon binnen 3 Tagen vom Tode hingerafft, während ein Drittel zwischen dem 3. und 16. Tage starben. Binnen 3 Stunden starb 1 Patient, binnen 12 Stunden weitere 12 Patienten. Im Laufe des ersten Tages nach der Aufnahme starben 20 Patienten, des 2. Tages 7, des 3. 8 Patienten. Im Laufe der ersten 7 Tage waren im Ganzen 48 gestorben. 1 Patient starb am 9. Tage, 1. am 14. und 2 am 16. Tage nach der Aufnahme. Vergleicht man hiermit die Zeit der Entlassung der Genesenen, so findet man, dass diese sich in 2 Räume theilen lässt. In der Zeit vom 3. bis 9. Tage nach der Aufnahme wurden natürlich nur von leichter Erkrankung Genesene entlassen und zwar 12 Patienten, von denen 2 den Choleraanfall schon ausserhalb der Baracke überstanden hatten, während 6 nur leichte Diarrhöen aufgewiesen hatten und 4 nach einem leichten Anfall schnell und ohne Typhoid genasen. Weiterhin sind vom 11. bis zum 20. Tage 10 Patienten genesen, von denen 5 sehr schwere Anfälle mit langdauernder Pulslosigkeit überstanden hatten. Ohne ein typhöses Stadium durchzumachen genasen 12 Patienten.

Durch letztere Betrachtungen ist eine klinische Sichtung des Materials angetreten worden. Eine solche dient vielleicht am besten zur Charakterisirung der Epidemie, soweit sie in der



Baracke zur Beobachtung kam. So lässt sich ferner aussagen, dass, wenn den anamnestischen Erhebungen Glauben geschenkt werden soll, die grosse Mehrzahl der Patienten im Laufe von 24 Stunden vor der Aufnahme in der Baracke erkrankte, und zwar gilt dieses von 45 Patienten. Bei 10 Patienten konnten keine Angaben erreicht werden. Die übrigen 19 Patienten waren schon früher erkrankt. 3 Kranke sagten aus, dass sie schon eine Woche vor der Aufnahme erkrankt seien. In die Baracke traten ein vor dem Beginn des Stadium algidum 6 Patienten; während desselben 50, nach demselben 6 Patienten; keinen Choleraanfall haben 7 Patienten gehabt und bei den übrigen 5 liess sich darüber nichts Genaues ermitteln. Ueber die durchschnittliche Dauer dieser Krankheitsperiode lässt sich daher nichts aussagen. Die eben erwähnten 7 Patienten welche von einem typischen Choleraanfall verschont geblieben waren, haben auch keine Reiswasserstühle gehabt. Es ist in diesen Fällen die sehr anfechtbare Diagnose auf Cholera asiatica gestellt worden, weil die Patienten meist aus Wohnungen kamen, in welchen fast alle Miteinwohner an Cholera erkrankt waren. Diese 7 Patienten sind alle genesen. In allen übrigen Fällen waren die Anfälle mehr oder weniger stark ausgeprägt, und ihnen fielen direct zum Opfer 28 Patienten. Nachdem die stürmischen Erscheinungen des Anfalls, die Pulslosigkeit, die Cyanose, die Krämpfe geschwunden waren und Somnolenz bei bestehender Anurie, Besserung der Pulsqualität und der Temperatur den Beginn eines Typhoids ankündigten, starben weitere 9 Patienten. 13 Patienten starben im ausgeprägten Typhoid, 2 an Complicationen, und zwar einer an Sepsis in Folge von Decubitus und einer an Schluckpneumonie, beide nach glücklichem Ueberstehen des Stadium algidum und typhosum in der Reconvalescenz.

Auf die Symptomatologie geht Referent nicht ausführlich ein, doch wird einiges Bemerkenswerthe hervorgehoben. Die subjectiven Beschwerden, die Krämpfe, das Durstgefühl, das Erbrechen, die Ausleerungen u. s. f. waren bald stärker, bald schwächer ausgeprägt, ohne dass aus dem Fortbleiben des einen oder anderen Symptomes auf einen weniger schweren Verlauf der Krankheit geschlossen werden konnte. Einmal fehlte das Erbrechen und das Durstgefühl vollkommen, obgleich zu Beginn der Krankheit sich geringes Erbrechen ein- oder zweimal gezeigt haben soll. In einem anderen Falle war das Durstgefühl ausserordentlich stark, und dabei wurden viel grössere Mengen erbrochen, als per os eingeführt war. Beide Fälle verliefen in kurzer Zeit letal.

Die Ausleerungen waren meist sehr häufig und Reiswasserähnlich. Doch wurde durch die therapeutischen Bemühungen ihre Qualität erheblich alterirt, sodass auch hierüber keine bemerkenswerthen Aussagen gemacht werden können. Cholera sicca wurde in keinem Falle beobachtet.

Die Krämpfe waren im Allgemeinen nicht sehr stark und meist auf die unteren Extremitäten beschränkt, seltener auch auf die oberen ausgedehnt. Allgemeine Convulsionen wurden 7 Mal beobachtet, an Patienten im Stadium asphycticum, welche während der Jactationen in der Praecordialangst, bei Gelegenheit der Ausleerungen oder der Bäder die horizontale Lage auf einige Zeit verlassen hatten. Diese Fälle gelangten alle binnen Frist zum tödtlichen Ende.

Temperatursteigerungen gab es nur ein Mal bei einem 2-jährigen Kinde. Nachdem die gewöhnliche Collapstemperatur von durchschnittlich 36.2 am 5. Krankheitstage überschritten war, stieg die Temperatur im Laufe von 16 Stunden bis auf 40,3° C. während unter Cheyne-Stokeschem Athmungsphaenomen in völliger Bewusstlosigkeit der Tod eintrat. Die Section konnte in diesem Falle nicht gemacht werden. Sonst kamen geringe Temperatursteigerungen (—38,8°) nur noch bei 5 Kindern vor während des Ausbruchs von Choleraexanthem. Letzteres kam auch an 3 Erwachsenen zur Beobachtung, jedoch ohne merkliche Erhöhung der Körpertemperatur. Alle 8 Patienten befanden sich im Beginn der Reconvalescenz. Abgesehen ferner von Temperatursteigerungen, welche in directen Zusammenhang mit Complicationen gebracht werden konnten, wie während der schon angeführten Schluckpneumonie, der Sepsis und während 3 weiterer Fälle von Otitis media, wurden nur Collapstemperaturen beobachtet. Die niedrigste Temperatur war 34,2° C.; die grösste Differenz zwischen der Axillar- und Rectaltemperatur betrug bei gleichzeitiger Messung 2,6° C. während eines heftigen Choleraanfalls.

Was nun die Harnsecretion anlangt, so haben nur 2 Patienten, welche schon in der Reconvalescenz befindlich in die Baracke traten, garkeine Störungen aufgewiesen. Bei 52 Patienten dauerte völlige Anurie 1—6 Tage, meist 3 Tage lang. Bei 4 Patienten kamen während des Stad. asphycticum ganz geringe Harnentleerungen vor bis zum tödlichen Ende. Bei 7 weiteren Patienten, welche genasen, desgleichen; doch dauerte die Störung hier nur 1—2 Tage. Im Uebrigen fehlen zuverlässige Aufzeichnungen.

Ein weiteres Interesse boten noch 3 Fälle, in welchem Gravidae von der Cholera befallen waren. Einmal handelte es sich um einen stürmischen Verlauf. 11 Stunden vor der Aufnahme erkrankte die Gravida im 6. Monat. 5 Stunden nach der Aufnahme floss das Fruchtwasser ab, und bevor die Frucht ausgestossen war, trat nach weiteren 4 Stunden der Exitus letalis ein. Das zweite Mal handelte es sich um eine Gravidität im 3. Monat. Der Abort trat am 4. Tage der Krankheit im Beginn des typhösen Stadiums ein. 2 Tage darauf starb die Patientin. Die Placenta wurde nicht ausgestossen, es blutete auch nicht. Bei der Section erwies sich die Placenta so adhärent, dass sie aus dem eröffneten Uterus mit der Hand nicht entfernt werden konnte. Die 3. Gravida, eine ausserordentlich robust gebaute Wäscherin, ebenfalls im 3. Monat schwanger, überstand einen schweren Choleraanfall gut. Der erwartete Abort trat aber nicht ein, obgleich Patientin längere Zeit über starke Schmerzen im Unterleibe klagte. Trotzdem die Anurie einer etwas unregelmässigen Urinsecretion gewichen war und der Harn auffallend geringe Mengen von Albumin enthielt, starb doch die Patientin im typhösen Stadium am 6. Krankheitstage. Bei der Section fand sich eine geplatzte linkseitige Tubargravität.

In einem Falle trat in der Reconvalescenz eine Psychose ein.

Zur Behandlung der Cholerapatienten wurde von allen empfohlenen Mitteln das Calomel gewählt und fast ausschliesslich angewendet. Nach Ziemssens Vorschlag wurde es 2-stündlich gegeben, wobei die ersten 2—3 Dosen 0.5, die weiteren 0.05 Gramm betrugen, Kinder erhielten ebenfalls Calomel 2-stündlich, jedoch ihrem Alter entsprechend kleinere Dosen. Diese Gaben wurden fortgesetzt bis die Ausleerungen dauernd grün gefärbt waren und damit der Darminhalt für desinficirt angesehen werden konnte. Häufig musste wegen eintretender Stomatitis das Calomel fortgelassen und durch Bismuthum subnitricum (0,2 pro dosi) ersetzt werden. Eine bemerkbar günstige Wirkung des Calomel auf den Krankheitsverlauf konnte natürlich kein einziges Mal constatirt werden, doch schien es rationeller als Opiate. Einige anfängliche Versuche mit diesen hatten so ungünstige Resultate ergeben, dass von weiterer ausgiebiger Anwendung dieser Mittel Abstand genommen wurde.

Die Enteroclysen wurden 2—4 mal täglich mit 1 pCt-iger Tanninlösung von 40,0° C. gemacht. Zunächst regten dieselben die Darmperistaltik stark an. Dadurch und durch Schlussunfähigkeit des sphincter ani wurde leider bisweilen das gewöhnliche Quantum der Eingiessung von 1 ½ Liter beschränkt. Oft konnte nicht einmal ¼ Liter Flüssigkeit eingegossen werden, weil eine stürmische Peristaltik sogar die manuelle Compression der rima ani überwand. In anderen Fällen (ca. 10) gelang es bis 3 Liter einlaufen zu lassen. Durch die Percussion liess sich dann mitunter die fortschreitende Füllung des Darmes verfolgen und es schien als ob die Bauhinische Klappe einige Male bei dieser Menge Flüssigkeit überwunden wurde. Immerhin hat eine solche Quantität Beschwerden zur Folge, wie schmerzhafte Anfüllung des Leibes und Erbrechen. In diesen Fällen war der Verlauf der Krankheit meist etwas günstiger. Im schweren Choleraanfalle gelang es nur selten 2-2 ½ Liter der Tanninlösung einzugiessen. Nachdem letztere in meist baldiger Entleerung abgegangen war, wurden die Ausleerungen weniger häufig. Eine Einwirkung auf die Circulationsverhältnisse der Patienten konnte in keinem Falle bemerkt werden.

Hypodermoclysen wurden im Ganzen 10 Mal an 7 Patienten im Stadium algidum ausgeführt. Selbstverständlich war dieses Stadium mit seiner total darniederliegenden Circulation sehr wenig geeignet Erfolge aufzuweisen, doch war zu der Zeit, wo die Hypodermoclysen gemacht wurden kein anderes Krankenmaterial zur Verfügung. Es wurden 700—1500 Cbcm. Cantanischer Lösung in die Ileocoecalgegend unter beständigem Massiren injicirt. Im Laufe von 20 Minuten konnten auf diese Weise im günstigsten Falle 1500 Cbcm. unter die Bauchhaut gebracht werden, doch war denn noch 2½ Stunden noch Fluctuation an der Stelle der Application nachzuweisen. Ein deutlicher Erfolg der Hypodermoclyse konnte kein einziges Mal constatirt werden. Weder besserte sich die Pulsqualität noch nahm die Cyanose oder die Gewebseintrocknung bemerkbar ab. Auch nicht in dem einzigen Fall, in welchem die Hypodermoclyse im ersten Beginn eines Choleraanfalls versucht wurde, trat eine günstige Wirkung hervor. Es handelt sich um ein sehr kräftiges Mädchen von 20 Jahren, das mit praemonitorischen Diarrhöen zur Aufnahme gelangt war. Abscesse an den Injectionsstellen kamen nicht zur Beachtung. So wenig erfreulich diese Angaben auch klingen, bleibt es doch dahingestellt ob bei anderer Handhabung der Methode und bei Anwendung derselben in günstigeren Stadien der Krankheit d. h. unter besseren Circulationsverhältnissen sich nicht günstigere, den Angaben Cantanis und den Hamburger Erfolgen im Jahre 1892 ähnlichere Resultate erzielen liessen. Ein Mangel der Methode wird aber kaum vermieden werden können, es ist die nicht unerhebliche Schmerzhaftigkeit. In dieser Beziehung und in der frappirenden Sicherheit des ersten Erfolges waren die intravenösen Injectionen den Hypodermoclysen bei Weitem überlegen. Jene, ausschliesslich in der von Herrn Prof. Dehio angegebenen Weise des directen Eintritts der Hohlnadel in die

Vene geübt, nahmen deswegen so sehr das Interesse in Anspruch, dass später Hypodermoclysen nicht mehr versucht wurden. Die Methode ist von Herrn Prof. Dr. Dehio selbst in Nr. 48 der St. Petersb. med. Wochenschr. 1893 schon ausführlich beschrieben und über die Erfolge an den Kranken berichtet. Nachher sind noch 5 intravenöse Injectionen mit im Wesentlichen denselben Resultaten (also im Ganzen 35) in der Baracke gemacht worden.

Von den warmen Bädern, im Stadium algidum von 30—40,0 °C. angewendet konnte aus dem ferneren Verlauf des Krankheitsfalles nicht deutlich ein Einfluss auf die Krankheit ersehen werden; doch fühlten sich die Patienten ausserordentlich behaglich und erleichtert im Bade. Die eiskalten Glieder wurden langsam erwärmt, die Cyanose und die schmerzhaften Muskelcontractionen wurden geringer, der Puls hob sich mitunter für nicht ganz kurze Zeit. Trotzdem aber nachher im Bette Wärmeflaschen, starkes Zudecken mit trockenen wollenen Decken, nasse heisse Einpackungen, ja selbst der Wärmeofen, wie er zu Schwitzkuren gebräuchlich ist, in Anwendung kamen, waren bald die Extremitäten doch wieder kalt, und zu einem Schweissausbruch kam es niemals. Ja im Gegentheil, eine starke Zufuhr von Wärme konnten die Patienten stets nur kurze Zeit ertragen. Auch eine zu warme Zimmertemperatur wurde nicht ertragen; so klagten die Patienten häufig schon bei einer Temperatur von 18°R. über Hitze und verlangten nach kühler, frischer Luft. Im typhösen Stadium wurden ebenfalls Bäder von 39—40,0°C. in Anwendung gebracht. Es gelang ganz auffallend selten auch nur geringen Schweissausbruch zu erreichen, selbst wenn nachher heisse trockene oder feuchte Einpackungen oder der Wärmeofen applicirt wurde. Pilocarpin wurde zur Begünstigung des Schweissausbruches nicht versucht.

Bei starkem Durst wurden meist kalte Getränke gereicht. Heisse Getränke wurden weniger gut vertragen, sie reizten häufiger zum Erbrechen.

Die Wirkung der Massage gegen die Krämpfe trat jedesmal prompt ein, so dass von Morphin-Injectionen nur selten Gebrauch gemacht wurde.

Die Diät war während des Stad. algidum eine absolute. Erst wenn der Choleraanfall vorüber war, wurde Tummsuppe, Thee mit viel Zucker, Milch gereicht und im Stadium typhosum letztere in möglichst grossen Mengen. Sobald die Störungen der Harnsecretion aufhörten, wurde etwas Weissbrod, leichter Rothwein oder Cognacpunsch und in der Reconvalescenz, Ei, Fleisch, Fleischbrühe mit Ei oder Reis hinzugefügt. Im Allgemeinen wurde auf recht knappe Diät, aber gute, kräftige Speisen gesehen. Wenn einige Tage lang die Dejectionen geformt gewesen waren, wurden die Reconvalescenten aus der Behandlung entlassen. Meistentheils waren die geschwundenen Kräfte der Patienten dann auch schon genügend wiederhergestellt.

D. Z. Secretär: Dr. R. Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— H. Jaeger macht auf das Taschentuch als Infectionsquelle aufmerksam. Die bakteriologische Untersuchung der Taschentücher von 4 Erysipelkranken ergab die Anwesenheit des Streptococcus longus in denselben. In den Taschentüchern von Meningitiskranken wurde der Diplococcus intracellularis (Weichselbaum) nachgewiesen. Ein analoger Befund wurde auch bei Diphtheriekranken erhoben. Jaeger plaidirt für Abschaffung der Taschentücher und zwar vor allem in den Krankenzimmern, da dieselben Transportmittel für Infectionsstoffe par excellence sind. Als Ersatz schlägt er Tücher aus einem besonderen Gewebe vor, das aus einer Combination von Papier mit gewobenem Stoffe besteht. Nach einmaligem Gebrauche sind die Läppchen sofort zu vernichten.

(D. Med. W. 1894, Nr. 18).

— B. Krüger beschreibt einen Fall von Idiosynkrasie gegen Tannin bei äusserlicher Anwendung. Das Gesicht des Pat., der eine 1 pCt. Tanninlösung zu Nasendouchen bekommen hatte, röthete sich, die Conjunctivae bulbi wurden stark injicirt, die Thränensecretion war vermehrt, die Nasenschleimhaut sonderte stark ab, der Rachen war geröthet, ebenso der weiche Gaumen bis zur Mitte des harten Gaumens, intensive Röthung war am Kehlkopfeingang und an der Epiglottis zu bemerken. Patient klagte über starke Kopfschmerzen im Hinterkopf, Ohrensausen, Druck in den Augen, Spannung am Gaumen und das Gefühl von Athemnoth. Die Dauer der Erscheinungen betrug 1/2 - 2 Stunden.

(Deutsche Med. W. 1894, Nr. 18).

— Lépine vertritt die Ansicht dass es eine Leberkolik ohne Gallensteine gibt. Eine solche Kolik kommt durch einen einfachen Krampf zu stande. Diese Annahme stützt sich sowohl auf klinische als auch auf pathologisch-anatomische und experimentelle Beweise. Als klinischen Beweis führt L. die Leberkoliken bei Hysterischen nach Emotionen an, ohne dass man jemals Gallensteine in den Faeces aufzufinden vermocht hätte. Ferner hat er einen Collegen behandelt, der infolge der Ingestion gewisser Nahrungsmittel von einer Leberkolik ergriffen wurde. Als pathologisch-anatomischer Beweis wird die Autopsie eines Icterischen angeführt, in dessen Ductus choled. keine Concremente nachgewiesen werden konnten, wohl aber einige Sandkörner und eine starke Contraction der Wandung. Bei Hunden kann man eine krampfhafte Form des unteren Abschnittes des Duct. choled. hervorrufen. Nach Doyen können die Gallenkanäle vom Magen aus reflectorisch zur Contraction gebracht werden.

(Intern. klin. Rundschau 1894 pag. 387).

— Murrel empfiehlt bei functioneller Amenorrhoe besonders bei den Formen, welche sich an Erkältungen anschliessen die Tinctura Senecio Jacoboeae (1:10) in Dosen von 1/2—1 Drachme 3 mal täglich. In den meisten Fällen trat nach 10—14-tägigem Gebrauch der Mixtur die Periode wieder regelmässig auf. (Brit. Med. Journ. March. 31. 94).

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: St. Annen Orden I. Classe den Gehilfen des Bezirks-Militär-Medicinalinspectors des Omsker Militärbezirks Wirkl. Staatsrath Dr. med. Wladimir Lukomski; St. Stanislaus-Orden I. Classe dem ehemaligen Divisionsarzt der 20. Infanterie-Division, gegenwärtigen Gehilfen des Bezirks-Militär-Medicinalinspectors des Odessaer Militärbezirks, Wirkl. Staatsrath Iwan Lessnewski; St. Wladimir-Orden III. Classe dem älteren Arzt der Verwaltung der Transkaspi-Militär-Eisenbahn, Staatsrath Christoph Tolwinski, dem älteren Arzt des Ljublinschen Lazareths, Staatsrath Edmund Alfred Sachs und dem älteren Arzt des Cherssonschen Lazareths Karl Hörschelmann.

— Befördert: Zum Geheimrath das beständige Mitglied des gelehrten Militär-Medicinischen Comités Dr. med. Piotrowski.

— Verabschiedet: nach Ausdienung der gesetzlichen Jahre: der ordentliche Professor der Kaiserlichen Militär Medicinischen Akademie, Wirkl. Staatsrath Pawlow und krankheitshalber der Gehilfe des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals, Wirkl. Staatsrath Lukin, beide mit Uniform.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg wies auch in der letztverflossenen Woche eine weitere Abnahme auf. Es verblieben am 31. August 12 Uhr Mittags 76 Personen, in Behandlung: vom 31. August bis zum 7. September 12 Uhr Mittags erkrankten 65 Personen, genasen 46, starben 36 Personen und verblieben am 7. September 12 Uhr Mittags in Behandlung 59 Cholerakranke. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 7. September 12 Uhr Mittags in St. Petersburg 4488 Personen erkrankt, 2223 genesen und 2183 Personen gestorben.

Das Gouvernement St. Petersburg ist in dem letzten officiellen Cholera-Bulletin nicht aufgeführt. Dasselbe bringt aus 36 Gouvernements und Städten Daten über den Stand der Epidemie und belief sich danach die Gesammtzahl der Erkrankungen auf 4892 (gegen 8925 in der Vorwoche) und die Todesfälle auf 2903 (gegen 4329 in der Vorwoche). Die grösste Zahl der Erkrankungen weist das Gouvernement Kjelze (vom 14. bis zum 20. August 735 Erkrankungen und 413 Todesfälle) auf; dann folgen die Gouvernements: Petrokow (vom 21. bis 27. August 523 Erkr. und 259 Todesf.), Bessarabien (vom 21. bis zum 27. August 453 Erkr. und 158Todesf.); Podolien (vom 21.—27. August 446 Erkr. und 175 Todesf.), Radom (vom 14.—20. August 422 Erkr. und 232 Todesf.), Nishnij-Nowgorod (vom 15. bis 28. August 535 Erkr. und 347 Todesf.), Rjasan (vom 14.—20. August 236 Erkr. und 84 Todesf.). Im Gouv. Plozk sind vom 31. Juli bis zum 27. August 910 Erkrankungen und 494 Todesfälle vorgekommen; das Gouv. Ssedlez weist vom 21.—27. August 198 Erkrankungen und 97 Todesfälle auf, und in demselben Zeitraum die Gouvernements Nowgorod 179 Erkr. und 76 Todesf., Kostroma 136 Erkr. und 37 Todesf., Jarosslaw 110 Erkr. und 55 Todesf., Olonez 105 Erkr. 51 Todesf., Minsk 100 Erkrankungen und 44 Todesfälle. In den übrigen von der Seuche ergriffenen Gouvernements Kalisch, Astrachan, Witebsk, Kasan, Wladimir, Jekaterinosslaw, Kasan, Kaluga, Perm, Pskow, Ssamara, Ssimbirsk, Tambow, Twer und Tula betrug die Zahl der Erkrankungen unter 100. In der Stadt Warschau erkrankten vom 21. bis zum 27. August, 35 und starben 16 Personen. In Riga sind den Bulletins zufolge bis zum 4. September incl. im Ganzen 255 Personen an der Cholera erkrankt, von denen 102 genesen, 116 gestorben und zum 5. September 36 sich noch in Behandlung befinden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. September d. J. 5519 (59 weniger als in der Vorwoche), darunter 231 Typhus



— (46 weniger), 714 Syphilis — (15 weniger), 95 Scharlach — (9 mehr), 34 Diphtherie — (wie in der Vorwoche), 10 Masern — (5 weniger), 6 Pocken — (2 mehr) und 59 Cholerakranke (47 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. August bis 3. September 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
268	232	500	87	40	84	16	8	24	56	50	41	35	40	16	3	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 6, Scharlach 17, Diphtherie 19, Croup 4, Keuchhusten 13, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 49, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. September.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 26. September.

Довв. ценз. Спб. 10 Сентября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 17. (29.) September **1894**

Ueber die Behandlung der Scrophulose mit Kreosot.

Von

Dr. Alexander Eeck

in Ssumy.

Die vorzüglichen Erfolge, welche Sommerbrodt bei der Behandlung der chronischen Lungentuberculose mit Kreosot hatte, liessen ihn zum begeisterten Lobredner für dieses Heilmittel werden. Seitdem hat das Kreosot in der Phthiseotherapie eine grosse internationale Verbreitung gefunden und scheint dieselbe auch dauernd zu behaupten.

Von einem Mittel, das, wie das Kreosot, eine relativ lange Beobachtungszeit hinter sich hat, sollte man annehmen, dass das Wesen der Wirkung desselben völlig erkannt worden sei. Dem ist jedoch nicht so. Wir wissen nur, dass das Kreosot ein Antisepticum ist, wir können aber nicht den Beweis erbringen, dass dasselbe auch im Innern des Organismus seine antiseptischen Eigenschaften an den Zellen und Gewebsflüssigkeiten und den in dieselben eingewanderten pathogenen Elementen entfaltet, denn zahlreiche einschlägige Versuche fielen in negativem Sinne aus. Nichts destoweniger ist man aber in der Behandlung der Tuberculose bei diesem Mittel geblieben, denn, obwohl die Theorie der Kreosotbehandlung unseren modernen Anforderungen an ein Tuberculosemittel nicht vollkommen entspricht, so hat die Praxis uns doch wiederum gezeigt, dass der Kirchhoff'sche Ausspruch zu Recht besteht: «Wenn Theorie und Praxis sich nicht decken, hat die Praxis immer Recht.»

Das Resumé der bis jetzt mit dem Kreosot in der Phthiseotherapie gemachten Erfahrungen würde lauten: Das Kreosot ist kein directes Specificum gegen Tuberculose. Es ist aber ein secretionsbeschränkendes Mittel, ein gutes Stomachicum und Tonicum. Durch diese seine günstigen Eigenschaften beeinflusst es indirect den Process in der Lunge. Trotzdem die Summe der bis jetzt gemachten Erfahrungen uns über das Wesen der Wirkung des Kreosot keine weiteren Aufklärungen giebt, sind wir doch dank den bis jetzt zum überwiegend grössten Theil günstigen Resultaten wohl berechtigt, zu behaupten, dass das Kreosot das beste Heilmittel in der Behandlung der Lungenschwindsucht ist, das wir bisher kennen.

So bekannt nun aber auch das Kreosot in der Phthiseotherapie geworden ist, so wenig scheint dasselbe in die Scrophulotherapie Eingang gefunden zu haben.

Ich erlaube mir in Nachstehendem über meine Erfahrungen hinsichtlich der Behandlung der Scrophulose mit Kreosot zu berichten, um auch von meiner Seite dazu beizutragen, dass diesem wirklich guten Heilmittel noch ein anderes, von demselben bisher nur schüchtern betretenes Krankheitsgebiet zugeführt werde, auf welchem dasselbe ebenfalls berufen erscheint unter den bis jetzt angewandten Arzneimitteln eine dominirende Stellung einzunehmen.

Ich habe das Kreosot seit einer Reihe von Jahren als einziges Arzneimittel gegen Scrophulose in Anwendung gezogen und habe so günstige Resultate mit demselben erzielt, dass ich nicht umhin kann, in dasselbe Loblied einzustimmen, das ihm schon Sommerbrodt gesungen.

Die etwa vor einem Decennium auftauchende Ansicht, dass Scrophulose und Tuberculose identische, auf der Invasion des Tuberkelbacillus beruhende Krankheitsprocesse seien, veranlassten Sommerbrodt, das Kreosot auch als Heilmittel bei der Scrophulose in Anwendung zu bringen. Wir wissen jetzt, dass diese beiden Krankheitsprocesse nichts Gemeinsames haben, wir wissen, dass der eine eine chronische Infectionskrankheit bacillärer Natur und der andere einfach eine Constitutionsanomalie



darstellt, das heisst also eine allgemeine, chronisch verlaufende Krankheit, die ihren Ausdruck in einer Störung der Gesammternährung des Organismus findet. Trotzdem nun aber Sommerbrodt seinen Heilplan in der Scrophulotherapie auf falschen Praemissen aufbaute, waren doch seine Resultate so vorzügliche, dass er das Kreosot aufs angelegentlichste auch in der Behandlung der Scrophulose den Aerzten zur Nachprüfung empfahl.

Sommerbrodt wandte das Kreosot in der Scrophulotherapie zunächst nur bei Kindern im Alter über 7 Jahren an. Ich habe nun seit einigen Jahren das Kreosot bei scrophulösen Kindern jeglichen Alters angewandt und bin mit den Erfolgen so zufrieden, dass ich dasselbe als dasjenige Arzneimittel in der Scrophulotherapie bezeichnen möchte, welches in der Sicherheit des Erfolges von keinem anderen erreicht wird.

Im Allgemeinen waren mir die Principien, welche Sommerbrodt für die Kreosotbehandlung der Phthisis aufgestellt hatte, auch in der Scrophulotherapie maassgebend. Nur in einem Punkte glaubte ich nach meinen Erfahrungen etwas abweichen zu müssen. Sommerbrodt betonte nämlich, dass man die Dosen rasch erhöhen müsste. Schon früher, bei der Behandlung der Phthisis mit Kreosot, fand ich, dass rasch ansteigende Dosen nicht so gut vertragen werden als allmählich erhöhte. Ich richtete mich demnach nach folgenden Grundsätzen: 1) möglichst hohe, 2) allmählich ansteigende Dosen, 3) sehr langer Gebrauch des Kreosot, 4) Einnehmen desselben 1/4 Stunde nach den 3 Hauptmahlzeiten, 5) Ordination nur in Milch. Kinder von 1—7 Jahren erhielten das Kreosot mit Tinctura Gentianae, und zwar je nach dem Alter im Verhältniss von 1 Theil Kreosot zu 5—4—3—2—1 Theil Tinct. Gent. Kindern vom 7 Jahre an wurde reines Kreosot gereicht. Die im Anfang der 3 Woche erreichte höchste Tropfenzahl wurde, je nach dem Einzelfall, 2—4 Monate lang gegeben. Die Anfangsdosis betrug für jedes Alter immer nur 1 Tropfen, sowohl bei Anwendung der Mixtur, als auch des reinen Kreosot.

Da es bei einem stark wirkenden Arzneimittel, wie es das Kreosot ist, nicht irrelevant ist, in wie hohen Dosen dasselbe, namentlich Kindern gereicht wird, so lasse ich nachstehend 2 Tabellen folgen, in welchen ich meine Erfahrungen über die Dosirung des Kreosot in Zahlen, den einzelnen Altern entsprechend, niedergelegt habe, und welche ich den Collegen bei der Ordination zur Richtschnur empfehle.

I. Tabelle zur Ordination der Kreosotmixtur.

Alter.	Bis 1 J.	1—2 J.	2—3 J.	3—4 J.	4—5 J.	5—6 J.	6—7 J.
Verhältniss der Mixtur.	1 Kr.: 5 T. G.	1 Kr.: 4 T. G.	1 Kr.: 3 T. G.	1 Kr.: 3 T. G.	1 Kr.: 2 T. G.	1 Kr.: 2 T. G.	1 Kr.: 1 T. G.
Datum.	Zahl der Tropfen der Mixtur pro dosi.						
1. Tag.	1	1	1	1	1	1	1
2. »	1	1	1	1	1	1	1
3. »	1	1	2	2	2	2	2
4. »	1	2	2	2	2	3	2
5. »	2	2	2	3	3	3	3
6. »	2	2	3	3	3	4	3
7. »	2	3	3	4	4	5	4
8. »	2	3	3	4	4	5	4
9. »	3	3	4	5	5	6	5
10. »	3	4	4	5	5	7	5
11. »	3	4	5	6	6	7	6
12. »	3	4	5	6	6	8	6
13. »	4	5	6	7	7	9	7
14. »	4	5	6	7	7	9	7
15. »	4	5	7	8	8	10	8
16. »	4	6	7	9	8	11	8
17. »	5	6	8	9	9	12	9
18. »	5	6	[illegible]	10	10	12	10
19. »	5	7	9	11	10	13	10
20. »	5	7	9	11	11	14	11
21. »	6	8	10	12	12	15	12

II. Tabelle zur Ordination des reinen Kreosot.

Alter.	7—8 Jah.	8—9 Jah.	9—10 Jah.	10—12 Jah.	12—14 Jah.	14—16 Jah.	16—18 Jah.	18—20 Jah.
Datum.	Zahl der Tropfen des reinen Kreosot pro dosi.							
1. Tag.	1	1	1	1	1	1	1	1
2. »	1	1	1	1	1	1	1	2
3. »	1	1	1	1	1	2	2	2
4. »	1	1	1	2	2	2	2	3
5. »	2	2	2	2	2	3	3	3
6. »	2	2	2	2	3	3	3	4
7. »	2	2	2	3	3	4	4	4
8. »	2	2	3	3	4	4	4	5
9. »	3	3	3	3	4	5	5	6
10. »	3	3	3	4	5	5	5	7
11. »	3	3	4	4	5	6	6	7
12. »	3	4	4	5	6	6	6	8
13. »	4	4	5	5	6	7	7	9
14. »	4	4	5	6	7	7	7	9
15. »	4	5	6	6	7	8	8	10
16. »	5	5	6	7	8	8	9	11
17. »	5	6	7	7	8	9	10	11
18. »	5	6	7	8	9	10	10	12
19. »	6	7	8	8	9	10	11	13
20. »	6	7	8	9	10	11	12	13
21. »	7	8	9	10	11	12	13	14

Die Kinder vertrugen das Kreosot im Ganzen sehr gut, es trat bei den meisten bald Gewöhnung an den schlechten Geschmack ein, ja in einzelnen Fällen verlangten die Kinder selbst die Arzenei, die ihnen schöner als Confect mundete. Es ist das nicht übertrieben. Ich erinnere mich eines 4-jährigen Kindes, welches jedesmal heftig weinte, wenn die Mutter die Stunde des Einnehmens versäumt hatte, und wenn es dann die Arzenei erhielt, griff es mit beiden Händen nach dem Glase und trank es mit sichtlichem Behagen aus. Auch grössere Kinder, welche das Kreosot in höheren Dosen erhalten, gewinnen demselben bald nicht nur einen guten, sondern sogar schönen Geschmack ab. Gewöhnlich ist der Widerwille nur in den ersten Tagen vorhanden und schwindet allmählich vollständig. Ist einmal Gewöhnung an das Mittel eingetreten, so tritt nicht, wie bei einigen anderen Heilmitteln, welche lange Zeit gebraucht werden müssen, Ueberdruss ein, sondern es kommt im Gegentheil recht häufig vor, dass es einige Schwierigkeiten macht, den Kindern am Ende der Kur das Kreosot wieder zu entziehen. Am besten verfährt man, wenn man am Ende der Behandlung mit den Kreosotdosen in derselben Weise allmählich heruntergeht, wie man anfangs gestiegen war.

Hin und wieder kommt es jedoch auch vor, dass man, namentlich bei kleineren Kindern, auf einen unüberwindlichen Widerstand gegen das Einnehmen stösst. In solchen Fällen liess ich das Kreosot die ersten Tage hindurch in etwas Honig geben und Milch nachtrinken. In dieser Form wurde es dann gern genommen und allmählich konnte man zur gewöhnlichen Ordination in Milch übergehen.

Zum innerlichen Gebrauch darf nur das Buchentheerkreosot gelangen. Um etwaigen Missverständnissen bei der Dispensation vorzubeugen, verschreibe man immer «Kreosotum e pice fagi.»

Die bekannten guten Eigenschaften des Kreosot, wie sie allgemein bei der Behandlung der Lungenschwindsucht bekannt geworden sind, traten noch deutlicher in der Scrophulotherapie hervor. Hier ist das Kreosot ein wirkliches Heilmittel.

Das Kreosot macht nach meinen Erfahrungen keinerlei Beschwerden von Seiten der Verdauungsorgane. Selbst wenn sich im Anfang Aufstossen oder Uebelkeit nach dem Einnehmen zeigte — was übrigens äusserst selten vorkam — so habe ich doch nie bei Scrophulösen wirkliche Verdauungsstörungen infolge des Kreosotgebrauches auftreten sehen. Im Gegentheil schwanden dyspeptische Beschwerden und chronische, mit Gährungsvorgängen verbundene



katarrhalische Zustände des Gastrointestinaltractus während der Kreosotbehandlung, ohne Zuhilfenahme anderer therapeutischer Maassnahmen, gleichsam wie von selbst. Es giebt übrigens wenig Mittel, welche auf die chronischen Verdauungsstörungen katarrhalischer Natur so sicher — allerdings nur langsam — ihre heilende Wirkung entfalten, wie das Kreosot. Und gerade in dieser Beziehung muss betont werden, dass die Einzeldosen nur sehr allmählich gesteigert werden. Nur so wirkt das Kreosot heilend auf die kranke Schleimhaut, nicht aber bei rascher Steigerung.

Sehr bemerkenswerth ist die Einwirkung auf den Appetit. Diese Beobachtung ist übrigens von fast allen Autoren gemacht worden. Bei scrophulösen Kindern muss dieser Punkt aber ganz besonders betont werden, denn in ihm liegt ein mächtiger Heilfactor. Mit der gesteigerten Nahrungsaufnahme bessert sich auch der Allgemeinzustand.

Was die einzelnen Localaffectionen anbetrifft, so ist die Beeinflussung derselben durch den Kreosotgebrauch ganz besonders hervortretend. So bildeten sich die sogenannten scrophulösen Drüsen bald zurück. Ich habe in einzelnen Fällen innerhalb eines Monates geschwellte Lymphdrüsen von der Grösse einer Wallnuss sich vollständig zurückbilden sehen. Gewisse, äusserst hartnäckige Fälle von chronischer Blepharitis, welche jeder Localbehandlung trotzen, werden durch den Kreosotgebrauch neben entsprechender örtlicher Behandlung zur Heilung gebracht. Sehr interessant waren die Beobachtungen, die ich an einigen scrophulösen Kindern mit Epheliden machte. Zuerst wurde ich von den Müttern darauf aufmerksam gemacht, dass der Teint während des Kreosotgebrauches bedeutend besser geworden sei und dass namentlich die sog. Sommersprossen allmählich verschwänden oder doch mindestens blasser würden. Ich fand nun in der That, dass die Sommersprossen während der Kreosotkur bedeutend an Intensität der Färbung und Ausbreitung verlieren. Aber auch die Haut selbst nimmt ein helleres, mehr weissliches Colorit an. Diese Beobachtungen habe ich vielfach praktisch mit Erfolg ausgenützt, indem ich auch Nichtscrophulöse zur Teintverbesserung einige Wochen lang das Kreosot in kleinen Dosen nehmen liess.

Auch die im Pubertätsalter auftretende Akne und Furunculose wurden durch den Kreosotgebrauch günstig beeinflusst. Diese Wirkungen des Kreosot auf die Hauternährung sind auch schon früher beobachtet worden und es sind einige Fälle von hartnäckiger Furunculose und chronischem Ekzem bekannt, welche in auffallender Weise durch den Kreosotgebrauch geheilt worden sind.

Ebenso günstig wirkte das Kreosot auf die übrigen so mannigfaltigen Localerscheinungen der Scrophulose. Selbst die schwereren scrophulösen Leiden der Knochen und Gelenke kamen, allerdings oft unter Zuhilfenahme chirurgischer Eingriffe, zur Heilung.

So vorzüglich nun auch das Kreosot auf den scrophulösen Krankheitsprocess einwirkt, so sollen doch, wie bei jeder rationellen Behandlungsmethode, die hygienisch-diätetischen Maassnahmen nicht ausser Acht gelassen werden. Vor Allem muss für gute kräftige Nahrung, trockene, geräumige Wohnung und viel Aufenthalt im Freien gesorgt werden.

Zum Schluss möchte ich noch der im Publicum sehr verbreiteten Ansicht Erwähnung thun, dass das Kreosot den Zähnen schädlich sei. Diese Anschauung ist bei manchen Personen so eingewurzelt, dass sie sich weigern, das Kreosot innerlich zu gebrauchen. Ich habe bisher in der Literatur nichts gefunden, was diese Ansicht bestätigen könnte. Soweit ich selbst während einer langjährigen Kreosotpraxis hierauf meine Aufmerksamkeit zu richten in der Lage war, habe ich von diesem schädigenden Einfluss des Kreosot auf die Zähne nichts gesehen. Auch Kranke, welche anfangs von der schädlichen Wirkung überzeugt waren, liessen während, resp. nach der Kur keine diesbezüglichen Klagen hören. Nichts destoweniger mag in dieser schlechten Beleumundung des Kreosot etwas Wahres liegen, zumal man immer und immer wieder dieselben Befürchtungen, auch von ärztlicher Seite, zu hören bekommt. Es wäre demnach wünschenswerth, wenn eine berufenere Feder in diese Frage Klärung hineinbrächte.

Wir erhalten von Professor Erskine B. Fullerton, Columbus, Ohio, folgende Zuschrift mit der Bitte um Abdruck:

Die Verwendung von schwefelsaurem Chinin bei asiatischer Cholera.

1. Schwefelsaures Chinin wurde bei der Behandlung von asiatischer Cholera aufgegeben, weil die Methoden seiner Anwendung unvernünftig waren; die einzigen Resultate, die in der medicinischen Literatur verzeichnet sind, erfolgten auf seine intravenöse und hypodermatische Anwendung, wobei es den Darmkanal, die Wohnstätte der Koch'schen Bacillen im menschlichen Körper, garnicht erreicht, da es selbstverständlich durch die Nieren ausgeschieden wird.

2. Wenn es dagegen in Pulverform oder saurer Lösung durch den Mund im Verhältniss von ungefähr $^2/_3$ Gramm per Stunde eingeführt wird, bis 2 oder 3 Gramm eingenommen worden sind, dann leistet es Alles, was von einem Heilmittel verlangt werden kann, indem es die Sterblichkeitsrate in Fällen von beginnendem und eingetretenem Collaps auf 14 pCt. herabsetzt; wo es zeitig im Verlaufe der Krankheit angewendet wurde, ist die Sterblichkeitsrate unter 5 pCt. gesunken.

3. In symptomatischer Hinsicht ist zu bemerken, dass es in der Regel dem Erbrechen und dem Durchfall rasch Einhalt thut, und soweit bekannt, erfolgt kein consecutives Fieber.

4. Da es die Vermehrung der Koch'schen Bacillen in Lösung von 1:5000 hemmt, und da es an und für sich ein verhältnissmässig harmloses Mittel ist, so bildet es unter allen anderen Mitteln das einzige, von dem man vorerwähnte Resultete am ehesten voraussetzen kann.

5. Im Mississippi-Thal kamen mehr Fälle von Cholera vor als in irgend einem anderen Theil der Vereinigten Staaten; sie herrschte in den Jahren 1849, 1851, 1852, 1853 und 1873; die Entdeckung der specifischen Wirkung dieses Arzneistoffes wurde hier von vier, von einander unabhängig arbeitenden Beobachtern gemacht.

Die Erfahrungen des Schreibers des Vorliegenden wurden während der Epidemie des Jahres 1873 gesammelt.

Achtungsvoll der Ihrige
Erskine B. Fullerton
Professor of Materia Medica and Therapeutics.

Referate.

Osswald: Ueber den Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Chlorose. (Münchener medicin. Wochenschr. 1894. № 27 und 28).

Autor stellte 84 Einzeluntersuchungen an 21 Patienten der Riegel'schen Klinik zu Giessen an und gelangte zu folgenden Resultaten:

1) Der Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Chlorose ist keineswegs vermindert, wie oft behauptet wird, sondern sehr häufig vermehrt, es besteht Hyperaciditas hydrochlorica in 95 Procent der Fälle.

2) Die dyspeptischen Störungen bei Chlorose beruhen demnach nicht auf einem Salzsäuremangel oder — Verminderung, auch nicht auf motorischer Insufficienz des Magens.

3) Die kritiklose Anwendung der Salzsäure in jedem Falle ist desshalb zu verwerfen.

4) Theorien, welche die Chlorose durch Salzsäureverminderung entstehen lassen oder ihr einen wesentlichen Antheil für den Fortbestand derselben zuschreiben, sind unhaltbar.

Weyert.

Peipers: Ueber eine besondere Form von Nierensteinen. (Münch. med. Wochenschr. 1894 № 27).

Pathologisch anatomische Beschreibung eines seltenen Falles, der im October 1892 im Züricher pathologischen Institut zur Section gelangte. Es handelte sich um einen kräftigen



54 jährigen Mann. Klinischerseits war die Diagnose «hämorrhagische Nephritis» gestellt worden. Die Section ergab neben Degeneration und Hypertrophie des Herzens hochgradige beiderseitige Schrumpfniere mit Cystenbildung. In vielen Cysten (bis kirschgross) war der, wie sich später erwies, eiweissartige Inhalt geronnen, in zweien in Gestalt fester steinähnlicher Gebilde von dunkelbrauner Farbe und festweicher Consistenz. Ein dritter grösserer Stein (4 cm. Länge) fand sich im linken Nierenbecken. Der Durchschnitt ergab einen central gelegenen gelbweissen harten Kern, der aus Harnsäure bestand und einen circa $3^1/_2$ mm. dicken weichen dunkelbraunen eiweisshaltigen Mantel. Den definitiven Beweis, dass in dem Cysteninhalt, in den in Cysten eingeklemmten Steinbildungen und dem grossen Stein im Nierenbecken genetisch dieselbe eiweissartige Substanz vorlag, lieferte der mikroskopische und chemische Befund. Die Ursache der Erkrankung war die parenchymatöse Nephritis, die Art der Entstehung der Steine aber blieb unaufgeklärt. Nur das eine liess sich feststellen, dass Eiweissabscheidung in so reichlichem Maasse erfolgte, dass eine Imprägnirung mit Harnsäure nicht gleichen Schritt halten konnte. Weyert.

M. Madlener: Locales traumatisches Hautemphysem nach Laparotomie. (Münch. med. Wochenschr. 1894 № 24).

M. beobachtete innerhalb eines kurzen Zeitraums 4 einschlägige Fälle bei Patientinnen, die wegen verschiedener gynäkologischer Leiden laparotomirt worden waren. Beckenhochlage während der Operation und mangelhafte Vereinigung der Bauchdecken (Brechbewegung während der Serosanaht. Ventrofixatio uteri nach Czerny) wirkten prädisponirend für das Auftreten des Emphysems das durch Auspressen der Luft aus der Bauchhöhle unter die Hautdecke infolge Erbrechens nach der Operation entstanden war. In den 3 ersten Fällen wurde es beim ersten Verbandwechsel, im vierten Fall sofort nach erfolgtem Erbrechen beim Anlegen der Hautnähte constatirt und verschwand innerhalb weniger Tage. Die Prognose desselben ist, nach diesen Fällen zu urtheilen, eine absolut gute; es bildet eine die Heilung nicht störende Complication und geht spontan zurück. Bezüglich der Luftansammlung im Abdomen muss Winter zugestimmt werden. der meint, dass bei Anwesenheit von Blut oder Cysteninhalt Zersetzungsvogänge eintreten können, weshalb die Luft möglichst aus der Bauchhöhle zu entfernen sei. Weyert.

Richard Pick: Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Complicationen. (Archiv f. Derm. u. Syph. B XXV Hft. 1 und 2).

Auf Grund von eingehenden Untersuchungen an 42 Blatternkranken ist Verf. zu folgenden Schlüssen gekommen:

Die Blatterninfection im engeren Sinn bewirkt keine Leucocytose denn gerade im Eruptionsstadium während hohen Fiebers bei schweren Fällen, selbst bis zu ihrem letalen Ausgange findet sich keine Leukocytose.

Die secundäre Infection mit Eitermikroorganismen bewirkt mässige Leukocytose, meist proportional der Schwere des Falles: doch, wie gesagt, endet der Fall letal, so fehlt sie.

Die Abscesse die hinzukommen, bewirken intensive Leukocytose, die Zahl der rothen Blutkörperchen jedoch bleibt während der ganzen Dauer der Krankheit, soweit Verf. nach der geringen Anzahl von Zählungen urtheilen kann, auf fast normaler Höhe. Junge Patienten mit lymphatischem Habitus scheinen zur Entwicklung höherer Leukocytose disponirt zu sein. O. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. A. Wolff (Strasburg): Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Mit 97 Abbildungen. 636 pag. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1893.

Die letzten Jahre haben uns mehrere neue Handbücher der Haut- und Geschlechtskrankheiten gebracht, ein Beweis, dass das Interesse für dieses wichtige Gebiet stetig steigt.

Das vorliegende Buch Wolff's zeichnet sich dadurch vortheilhaft aus, dass es in compendiöser Form in einem Bande sowohl die Dermatologie wie die venerischen Krankheiten, kurz aber klar und scharf skizzirt und auf reiche Erfahrung basirende Diagnostik und Therapie giebt. Aus Allem zeigt sich eine gewisse Selbstständigkeit des Denkens und Forschens und als besonders werthvoll muss hervorgehoben werden, dass der Verf. sowohl die deutsche, wie die oft zu wenig beachtete französische Special-Litteratur beherrscht und verwerthet.

In reichem Maasse hat Verf. das Buch mit Abbildungen ausgestattet, von denen wohl die meisten nach vom Verf. selbst mit kundiger Hand gemachten Photogrammen typisch wiedergegeben sind. Ein grosser Theil der Phototypien ist ausgezeichnet, manche jedoch hätten lieber wegbleiben können. denn wo die Farben fehlen, ist es oft unmöglich nach den Formen allein einen Begriff des Krankheitsbildes zu geben. Jedenfalls müssen wir dem Verf. für das Bemühen, möglichst viel Abbildungen dem Text beizufügen, äusserst dankbar sein, wie das Buch überhaupt sehr empfehlenswerth ist und sich gewiss bald zahlreiche Freunde unter den Collegen erwerben wird.

Druck und Ausstattung vorzüglich, wie das von Enke übrigens auch nicht anders zu erwarten ist. O. Petersen.

Prof. H. Nothnagel; Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. IV, 1. Heft. Wien, A. Hölder 1894.

Von der unter Redaction des Prof. Dr. Hermann Nothnagel im Verlage von Alfred Hölder-Wien erscheinenden speciellen Pathologie und Therapie liegt uns die erste Hälfte des 4. Bandes vor, in welcher «Die thierischen Parasiten» von Prof. Dr. F. Mosler und Prof. Dr. E. Peiper bearbeitet sind. Wir haben bereits unsere Leser auf das Erscheinen dieses umfangreichen Werkes aufmerksam gemacht und an der Hand des ersten Bandes (Vergiftungen von Prof. Jaksch) die Zuversicht ausgesprochen, dass dieses Werk vollauf allen Ansprüchen der modernen medicinischen Litteratur genügen werden. In dem vorliegenden Theil, werden die Protozoen, Cestoden und Trematoden abgehandelt; eine eingehende Recension des 4. Bandes behalten wir uns beim Erscheinen der 2. Hälfte vor, möchten aber schon hier die anschauliche, classische Darstellung des Stoffes, die eingehende Würdigung der neuen Anschauungen, namentlich betreffend die Aetiologie der Parasiten und die sorgfältige Berücksichtigung der Literatur lobend hervorheben. Die Ausstattung lässt durchaus Nichts zu wünschen übrig. A.

Prof. Moritz Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Aus der Praxis für die Praxis. 727 S. mit 132 Abbildungen und 7 Tafeln. Berlin, Julius Springer. 1894.

Der rühmlichst bekannte Frankfurter Laryngolog hat dem Titel seines Werkes die Worte «aus der Praxis für die Praxis» beigefügt, erstens, weil er für den praktischen Arzt schreiben wollte, um ihn an der Hand seines Buches zu überzeugen, dass es für ihn kein unerreichbares Ziel ist, die Handhabung des Spiegels und der Instrumente zu erlernen; zweitens weil er auch einen Nutzen für das Specialfach von einer regeren Betheiligung der praktischen Aerzte erwartet. In der Anordnung des Stoffes unterscheidet sich das Werk ohne Frage vortheilhaft von den übrigen, indem jede Krankheit durch das ganze Gebiet im Zusammenhang verfolgt ist. Dadurch sind natürlich die Krankheiten der einzelnen Abschnitte der oberen Luftwege von einander getrennt, aber der letztere Nachtheil wird durch die zusammenfassende, ausgezeichnet durchgeführte Darstellung und das ausführliche Register reichlich aufgewogen. Im Anfang werden die anatomischen und physiologischen Verhältnisse, die Untersuchungsmethoden und Instrumente zur Behandlung beschrieben, wobei die individuelle, auf reiche Erfahrung gestützte Anschauung des Verfassers zur Geltung kommt. Es folgen die einzelnen Erkrankungsformen, bei denen, wie bereits gesagt, gleichzeitig Mund- und Rachenhöhle, Nase, Kehlkopf und Luftröhre abgehandelt werden. Es wäre schwierig einen Abschnitt besonders hervorzuheben, das ganze Buch liest sich von Anfang bis zu Ende mit gleichbleibendem Interesse und auf jeder Seite bewundert man ebenso die klare und prägnante Darstellung als die vollkommene Bewältigung des Stoffes, der durch zahlreiche Beispiele aus der Praxis des Verfassers belebt wird. Wir möchten hier nur auf das Kapitel über Tuberkulose aufmerksam machen, das mit besonderer Liebe bearbeitet zu sein scheint, wozu wohl die auffallend günstigen Resultate der Behandlung den Autor angeregt haben mögen. Interessant und lehrreich ist der Abschnitt über Physiologie des Gesanges und das auf grosser Erfahrung basirende Kapitel über ärztliche Behandlung der Singstimmen.

Die beigegebenen colorirten Tafeln sind meisterhaft ausgeführt und die ganze Ausstattung des Buches vollendet zu nennen. Wir schliessen mit den Worten des Verfassers, dessen Werk wir eine möglichst weite Verbreitung wünschen: «möchte mancher praktische Arzt sich durch dasselbe veranlasst sehen, der so interessanten Wissenschaft der Krankheiten der oberen Luftwege näher zu treten; möchte dadurch vielen Kranken Nutzen erwachsen!» Weyert.



Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

572 Sitzung am 12 April 1894.
Vortsitzender: Herr Tiling.

1. Herr Peters berichtet über 22 Fälle sporadischer Rubeola. Aus der Zahl der mitgetheilten Fälle werden die Formen der sogenannten Roseola aestiva, vernalis etc., das heisst mit Fieber einhergehende Erytheme und Exantheme undeutlichen Charakters ausgeschlossen. In den erwähnten 22 Fällen kam das classische Bild der Rubeola zur Beobachtung: stark entwickeltes, rothes, fleckiges Exanthem fast ausnahmslos von Maserncharakter, sehr leichte katarrhalische Erscheinungen, wobei das Enanthem und länger dauernde fieberhafte Prodromi fehlten. Die Krankheit nahm einen leichten uncomplicirten Verlauf. Angina war immer vorhanden. Contagiosität konnte nicht constatirt werden, nur in einer Familie waren 2 Kinder erkrankt, aber gleichzeitig, nicht nach einander. Nur in 2 Fällen sah das Exanthem scharlachähnlich aus, in einem weiteren Falle konnte an verschiedenen Körperstellen rubeola- und scharlachexanthemähnlicher Ausschlag beobachtet werden. P. spricht sich dahin aus, dass Rubeola mit Masern und Scharlach nichts zu thun hat, wofür er mehrfache Beweise aus seiner Praxis anführen kann, so z. B. das Auftreten von Masern gleich nach der Rubeola, oder von Scharlach nach Rubeola. Dagegen lässt Vortragender die Auffassung, dass der Symptomencomplex der Rubeola stets durch ein Krankheitsgift sui generis hervorgerufen wird, im vollen Umfange nicht gelten. Es sei vielmehr theoretisch durchaus möglich, dass ausser einem specifischen Rubeolagift, das die epidemische Rubeola hervorruft, auch noch andere Infectionsstoffe einen ganz ähnlichen Ausschlag hervorrufen können neben gleichem Krankheitsverlauf. Man braucht sich nur daran zu erinnern, dass die Osteomyelitis acuta, welche ja von den verschiedensten Mikroorganismen hervorgerufen werden kann, stets dasselbe Krankheitsbild zeigt. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht P. sich dahin aus, dass das Influenzagift einen Rubeola-ähnlichen Ausschlag hervorrufen kann, so dass man also ausser den schon bekannten Formen der Influenza (catarrhalis, gastrica, nervosa) noch eine exanthematische Form unterscheiden muss. Zu dieser Ansicht wurde P. durch folgende Beobachtungen gebracht. In der grossen Mehrzahl der Fälle kamen die Fälle von rubeolaähnlichem Ausschlag in Familien zur Beobachtung, in welchen die Influenza seit Wochen herrschte. Alle Familienglieder, gross und klein, erkrankten in gewissen Zeitabständen an typischer Influenza, während jedesmal nur eins der Kinder an typischer Rubeola erkrankte. Während also alle Geschwister an Influenza mit katarrhalischen Erscheinungen ohne Exanthem erkrankten, bekam nur ein Kind in der Familie typische Rubeola.

Die Rubeolösen waren und blieben frei von Influenza. Ebenso wenig bekamen die Influenzakranken Rubeola. Die Rubeolösen boten ausnahmslos, was die Allgemeinerscheinungen anbetraf, ein leichteres Krankheitsbild und raschere Reconvalescenz dar als die Influenzakranken. In einem Falle sah P. Rubeola als Schlussbild eines Influenzarecidivs auftreten. Ein 5 monatlicher Knabe und die 2 jährige Schwester erkrankten in kurzer Folge mit plötzlich einsetzendem hohen Fieber und nachfolgenden verbreiteten bronchitischen Erscheinungen, Schnupfen und Angina. Die Schwester erholte sich rasch, der Knabe fieberte 9 Tage lang, wobei die Erscheinungen in den Lungen ernster und hartnäckiger waren. Im Laufe der nächsten 5 Wochen wollte sich das Kind nicht so recht erholen. Es bestanden Reste von Bronchitis, Neigung zum Schwitzen, Rückgang in der Entwickelung, Appetitlosigkeit. Von neuem erschien Fieber mit recidivirendem Nasenrachenkatarrh. Nach einem Bade von 30° R. mit nachfolgender allgemeiner Massage mit Provenceröl und warmer trockener Einpackung brach am folgenden Tage eine exquisite Rubeola aus. Gleichzeitig verschwand das Fieber und die Reste des Hustens. Jetzt erst begann die Reconvalescenz, der Knabe erholte sich vortrefflich. Die Schwester bekam weder ein Influenzarecidiv noch Rubeola. Im Hinblick auf noch einige derartige Beobachtungen, wo das Ausbrechen eines starken rubeolösen Exanthems den schleppenden Verlauf einer Influenza zu raschem Ende brachte, hält P. es für höchst wahrscheinlich, dass sich bei der Influenza die Haut ebenfalls an der Elimination des Krankheitsstoffes betheiligen kann und zwar vorwiegend bei bestimmten Bedingungen. Dazu gehören ein kindlicher Organismus, zarte Haut (in einigen Fällen bestand Neigung zu Eczemen), Reizung der Haut durch kalte Luft oder scharfen Wind, oder permanent schwitzende Haut in überheizten Räumen, Reiben der Haut im Beginn der Erkrankung, Frühjahrszeit. Am häufigsten kamen erwähnte Rubeolafälle im März, April und Mai zur Beobachtung, einzelne Fälle im October und December. Die meisten Beobachtungen fielen in die Jahre 1891 und 1893. Die Häufigkeit der Rubeola in den Frühjahrsmonaten erklärt sich vielleicht durch besondere Einwirkung der Frühlingsluft auf die nutritiven Vorgänge im kindlichen Hautorgan. In therapeutischer Beziehung wird auf die schlechten Erfolge der Behandlung des Scharlach mit kühlen Bädern hingewiesen. Vortragender spricht sich dafür aus, dass möglichst frühzeitig bei acuten Exanthemen durch heisse Bäder, Massage der Haut im Bade und Frottiren nach dem Bade, sowie durch andere Reize die Haut gleichfalls zur Thätigkeit und Elimination des Krankheitsgiftes anzuregen ist.

Herr Lunin möchte Rubeola und Influenza streng auseinander halten. In Petersburg hat es starke Rubeolaepidemien gegeben noch vor den Influenzaepidemien der letzten Jahre. L. erinnert an die Rubeolaepidemie im Smolnainstitut. Man kann 2 Formen des Rubeolaausschlages unterscheiden, die scarlatinöse und die morbillöse Form. Differentialdiagnostisch kann Rubeola von Masern in gewissen Fällen schwer zu unterscheiden sein. Ausschlaggebend ist in solchen Fällen der Charakter der Epidemie. In den Symptomencomplex der Rubeola gehen viele unbestimmte Krankheitsformen hinein, die noch nicht genügend auseinander gehalten werden können. In den Fällen des Vortragenden kann es sich um Grippe mit rubeolaähnlichem Ausschlag gehandelt haben.

Herr Kernig hat keine Beziehungen zwischen Influenza und Rubeola feststellen können. Masern sind von Rubeola dadurch leicht zu unterscheiden, dass bei ihnen 3—5 Tage lang katarrhalische Erscheinungen dem Auftreten des Exanthems vorausgehen. Bei der Rubeola fällt das Auftreten des Ausschlages mit dem ersten Unwohlsein zusammen. Zur Zeit der grossen Influenzaepidemie ist Rubeola nicht häufiger zu beobachten gewesen als sonst. An einer sehr grossen Zahl von Influenzafällen hat Kernig nur sehr selten, nicht einmal in 1 pCt. Ausschlagsformen gesehen.

Herr Schmitz hält die Rubeola für eine sicher infectiöse Krankheit. Dafür sprechen die Epidemien, die alljährlich in Hospitälern auftreten. Meist tritt der zweite Krankheitsfall 14 Tage nach dem ersten auf. Solche Endemien kamen schon vor den Influenzaepidemien vor. Während der Influenzaepidemien kam Rubeola fast gar nicht vor. Der wesentliche Unterschied zwischen Masern und Rubeola ist durch das 5-tägige Prodromalstadium bei Masern gegeben mit Fieber, Katarrhen und Enanthem, erst dann tritt das Masernexanthem auf. Das Enanthem ist für Masern charakteristisch, bei Rubeola kann ein Enanthem vorhanden sein, braucht aber nicht immer vorzukommen. Als Beispiel für die Differentialdiagnose führt Sch. folgenden Fall an: am 25. Februar erkrankte ein Knabe unter den Symptomen von Rubeola gleichzeitig mit Enanthem und Fieber bis 38°. Nach 5 Tagen erkrankte sein Bruder an Masern. Die Diagnose des ersten Krankheitsfalles wurde von den Angehörigen angezweifelt, erwies sich aber als richtig, da der erste Knabe nach 14 Tagen Morbilli bekam, der zweite aber nach 3 Wochen die Rötheln. Ausserdem bekamen alle anderen Kinder, die Mutter und eine Magd die Masern. In dieser Familie kamen also Masern und Rötheln neben einander vor.

Herr Börling spricht sich dahin aus, dass Rubeola und Influenza auseinander zu halten sind. Er hat nur einen Fall von Kinderinfluenza mit einem masernähnlichen Exanthem gesehen.

Herr Schmitz hat bei Influenza kein Exanthem, Herr Masing hat nur in einem Falle Exanthem gesehen.

Herr Peters sieht sich nochmals veranlasst zu wiederholen, dass auch er Rubeola und Masern auseinander hält. Bei Influenza hat er nicht sehr selten allerlei undefinirbare Exantheme gesehen. Seine Absicht war es nicht von solchen Exanthemen zu sprechen, er wollte vielmehr auf das Vorkommen von deutlichem Rubeolaexanthem neben Erscheinungen der Influenza aufmerksam machen.

2. Herr W. Beckmann theilt folgenden Fall von Inversio uteri post partum mit: Pat., 23 Jahre alt, ist seit einem Jahr verheirathet. Menses regelmässig. Vor der Verheirathung war Pat. gesund, nur anämisch. Letzte Regel am 18. Mai 1893, erste Kindsbewegung am 7. October 1893. Am 3. März 1894 Beginn der Geburt. Zur Geburt wurde eine klinisch geschulte, zuverlässige Hebamme herangezogen. Nach den Angaben der Hebamme waren die Wehen von mittlerer Stärke, 3 Stunden nach Beginn der Wehen war der Muttermund nur für einen Finger durchgängig. Darnach wurden die Wehen stärker und häufiger, um 1/2 9 Uhr Morgens ging das Fruchtwasser ab. Um 9 Uhr fand die Hebamme den Uterus vollständig eröffnet. Um 1/2 11 Uhr wurde ein kräftiger Knabe geboren. Der Kopf schoss schnell durch die Vulva, gleichzeitig mit dem Kopf wurde eine Hand geboren. Die Nabelschnur war einmal um den Hals geschlungen und ging unter der Achsel durch. Nach der Geburt des Kindes befand sich Patientin ganz wohl, Wehen waren nicht vorhanden. Etwa eine halbe Stunde nach der Geburt traten plötzlich starke Wehen auf, die rasch aufeinander folgten und in Presswehen übergingen. Ganz unerwartet stürzte plötzlich während einer solchen Wehe ein Strom von Blut aus den Genitalien. Die Blutung hielt an während zweier noch folgen-



der Presswehen. Darnach verschwanden die Wehen und wurde die Blutung geringer. Während der eben erwähnten Wehen musste die Kreissende unwillkürlich mitpressen, trotzdem die Hebamme dies verbot. Nach der übereinstimmenden Aussage der Hebamme sowie der Patientin und ihrer Angehörigen war weder der Credé'sche Handgriff ausgeführt noch auch an der Nabelschnur gezogen worden. Die Blutung kam so unerwartet und war so stark, dass die Hebamme vollständig ihre Kaltblütigkeit verlor. Der Schreck hatte sie so gelähmt, dass sie selbst keinerlei Massregeln zur Stillung der Blutung traf und nur sofort nach mir schickte Pat. hatte sehr viel Blut verloren, so dass ich sie, als ich etwa eine Stunde nach der Geburt des Kindes eintraf, mit wachsbleichen Gesichtszügen ziemlich ruhig daliegen fand. Der Puls war fadenförmig, nicht zählbar, dazwischen ganz aussetzend. Aus den Genitalien ging nur wenig Blut ab. Ohne viel Zeit zu verlieren schickte ich mich an den Credé'schen Handgriff auszuführen als ich zu meiner Verwunderung an der gewohnten Stelle den Uterus nicht fühlen konnte. Wenig über der Symphyse liess sich dagegen bei den schlaffen Bauchdecken mit Leichtigkeit ein charakteristischer Inversionstrichter nachweisen, in den $2^1/_2$ -- 3 Finger hineinpassten. Nachdem durch die äussere Untersuchung die Diagnose einer Inversio uteri gesichert war. führte ich 2 Finger in die Vagina ein, wobei ich gleich hinter dem Introitus vaginae auf die anscheinend frei in der vagina befindliche Placenta stiess. Dieselbe wurde hervorgezogen, ihr folgte aber der Uterus vor die Genitalien. Es erwies sich, dass die Placenta in einem Theil ihrer Peripherie dem Fundus uteri noch adhärirte. Die Lösung derselben mit dem Finger machte keine Schwierigkeiten. Der invertirte, prolabirte Uterus präsentirte sich als etwa kindskopfgrosser Tumor mit dunkelrother, mässig blutender Oberfläche, welcher an mehreren Stellen dunkle Blutcoagula anhafteten. Vom Cervix uteri war ein kurzer etwa $2^1/_2$ Cm. langer Abschnitt nicht umgestülpt worden, derselbe war fest contrahirt. Der prolabirte Uterus liess sich ganz leicht in die Vagina zurückschieben. Nach Einführung der ganzen Hand in die Vagina versuchte ich den Contractionsring mit dem Finger zu dehnen und durch Druck auf den unteren, zuletzt vorgefallenen Uterusabschnitt diesen wieder über den einschnürenden Ring hinaufzuschieben, gleichzeitig übte ich mit dem Daumen einen Druck auf den Fundus uteri. Der Invasionstrichter wurde mit der andern Hand durch die Bauchdecken fixirt. Der Reinversionsversuch misslang jedoch vollständig. Einen sehr starken Druck auf den Uterus wagte ich um so weniger mit den Fingern auszuüben, als sich das Uterusgewebe recht weich anfühlte und die Möglichkeit einer Perforation jedenfalls im Auge behalten werden musste. Nach etwa 5 Minuten langem Bemühen gab ich also den Reinversionsversuch auf und schritt zu einer Vaginalausspülung mit warmer 2 pCt. Carbollösung, in der Absicht nach derselben wegen der starken Anämie und des Collapses der Patientin noch einen letzten Reinversionsversuch ohne Chloroform zu machen. Pat. lag während der Manipulationen vollständig apathisch da, ohne irgend wie Schmerzen zu äussern oder Widerstand zu leisten. Beim zweiten Reinversionsversuch übte ich den oben beschriebenen Druck mit den Fingern auf den unteren Uterusabschnitt allein aus in der Weise, dass ich mit ganz leichtem Druck begann und denselben ganz allmählich steigernd constant auf dieselbe Stelle einwirken liess. Nach einige Minuten währendem Druck gab der Contractionsring allmählich nach, die eine Wand des Cervix liess sich langsam über den Contractionsring hinaufschieben und ganz plötzlich schlüpfte der ganze Uterus ziemlich schnell durch den Cervixrest an seine normale Stelle. Der Fundus uteri liess sich jetzt $2^1/_2$ Querfingerbreiten unter dem Nabel nachweisen, der Uterus war gut contrahirt. Bei der combinirten Untersuchung konnte eigentlich nichts Besonderes nachgewiesen werden, die Adnexa waren unverändert. Die Behandlung richtete sich gegen den Collaps und die starke Anämie der Pat. Analeptica und Clysmen von Kochsalzlösung brachten Pat. über die ersten gefahrvollen Stunden hinweg. Schon vom nächsten Tage an erholte sie sich gut. Wochenbett normal, höchste Temperatur am 4. Tage 37,8. Am 14. Tage nach der Geburt verliess Pat. das Bett.

Vorliegender Fall gehört zu den enorm seltenen Fällen von spontanen Uterusinversionen. In der Petersburger Entbindungsanstalt ist bei ca. 4000 Geburten jährlich in mehr als 50 Jahren des Bestehens der Anstalt kein Fall von Uterusinversion beobachtet worden. Die Inversion kam wahrscheinlich in der Weise zu Stande, dass bei der Ablösung der Placenta nach dem Schultze'schen Mechanismus der retroplacentare Bluterguss den Fundus des schlaffen Uterus ins Cavum vielleicht bis auf den Muttermund herabzog. Die reflectorisch ausgelösten Presswehen vervollständigten die Inversion, zu deren Zustandekommen vielleicht auch der bei dem plötzlichen Ausströmen des retroplacentaren Blutergusses eintretende negative (aspirirende) Druck beitrug.

3. Herr **Petersen** macht einige Bemerkungen über die **Pellagra** und demonstrirt Photographien Pellagröser aus Bessarabien. Secretär: W. **Beckmann**.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 6. April 1894.

Herr Prof. **Körber** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber directe und indirecte Infection während der letzten Cholera-Epidemie 1893.

Nach officiellen Mittheilungen sind 95 Erkrankungen u. 68 Sterbefälle vorgekommen. Diese unwahrscheinliche Sterblichkeit veranlasste Vortragenden im Cholera-Bezirk Erhebungen über die Zahl der Erkrankten anzustellen, was ihm um so leichter war, als er hier auch mit Desinfection und andern hygienischen Massnahmen zu thun hatte. Es leben in dem Bezirk 1460 Menschen, darunter circa 1200 Esten, die übrigen Russen und Juden. Von den 95 officiellen Cholera-Fällen gehören 71 in diesen Bezirk. Vortragender eruirte ausserdem noch 55 Fälle von Erkrankungen. Den Bezirk theilt Vortragender in den Embach-Bezirk mit 38 Erkrankungen durch Embach-Wasser, das hier durch 5 Siehlen verunreinigt wird und am betreffenden Wasser stagnirt. Die Bakterien steigen von 300,000 auf 500,000 u. 1,000,000 an der schlechtesten Stelle In diesem Bezirk sind nur 2 Brunnen u. die Einwohner haben die Gewohnheit, das Wasser aus dem Embach zu schöpfen. Am Anfang der Epidemie handelte es sich um Erkrankungen durch Embach-Wasser, so in dem Hause Langstrasse № 46a. Von 63 Personen, die hier ungekochtes Wasser getrunken hatten, erkrankten 29; das ergiebt eine Anzahl von ca. 50 pCt. zur Erkrankung Disponirter. Von 108 Esten erkrankten 26, von 89 Russen 12 (unter den letzteren 3 Trinker u. 5 Markthändlerinnen, die gleichfalls dem Trunke ergeben waren). Schliesst man diese Trinker aus, so bleiben nur 4 nach, ein geringeres Verhältniss bei den Russen als den Esten (Theetrinken). Der Brunnen-Bezirk ist in Bezug auf Boden und Wasser chemisch u. bakteriologisch genau untersucht worden, von denen wohl sämmtliche inficirt gewesen sind, aber nur 7 zur Verbreitung der Epidemie beigetragen haben; die übrigen waren theils während der Epidemie geschlossen, theils enthielten sie so schlechtes Wasser, dass die Bewohner es überhaupt nicht brauchten. Vortragender hat sich davon überzeugt, dass Cholera-Dejectionen in unmittelbarer Nähe der Brunnen auf den Boden ausgegossen worden; in einem der Brunnen gelang es, Cholera-Bacillen zweifellos nachzuweisen. Es folgt Demonstration einer metereologischen Tabelle. Im September fand ein starker Platzregen statt, welcher der Infection des Embachs Vorschub geleistet zu haben scheint; die Luft-Temperatur fiel zum November unter 0° und damit hörte die Epidemie ziemlich plötzlich auf. In Folge der geringen Tiefe der Brunnen musste inficirtes Wasser sehr schnell durch den Boden hineingerathen können. Mit dem Frost hörte die Durchlässigkeit des Bodens auf u. damit die Infection des Brunnenwassers. Der Gipfel der Epidemie entsprach dem höchsten Stande des Grundwassers. Auch die Zahl der Bakterien wuchs mit dem Steigen des Grundwassers. Die Infectionen durch das Embach-Wasser hörten plötzlich durch polizeiliche Massregeln auf. Alles Angeführte spricht für indirecte Infection durch inficirtes Wasser u. nicht durch Berührung mit Kranken. Vortragender führt Beispiele an, wo Leute sich trotz grösster Unvorsichtigkeit nicht inficirten. Directe Infection ist deshalb schwierig, weil die Cholera-Bacillen an den Händen schnell austrocknen und dadurch ihre Virulenz einbüssen. Trotzdem giebt Vortragender solche directe Infection als Ausnahme zu. Die Bevölkerung des besprochenen Bezirks war wohl praedisponirt durch Darm-und Magenverdauungsstörungen in Folge von mangelhafter Kost und Alcoholgenuss, namentlich wurden angefaulte Kartoffeln als Nahrung benutzt. Ausserdem hatten viele Einwohner sich noch nicht an diesen Bezirk acclimatisirt, nachdem sie vor kurzem hingezogen waren. Einige waren disponirt durch Schwächezustände in Folge anderer Krankheiten. Beim Vergleich mit der Epidemie vom Jahre 1871 ergiebt sich, dass es sich damals wohl auch um eine Brunnen-Epidemie in diesem Bezirk gehandelt hat; nur waren andere Brunnen als 1893 inficirt. Der ganze Bezirk versumpft allmählich durch den dort angebrachten und den Abfluss des Grundwassers behindernden Damm. Dieser Damm verschlimmert die Prognose für den besprochenen Bezirk im Fall einer zukünftigen Epidemie.

Discussion:

Herr **Jansen** fragt 1) ob alle Brunnen in jenem Bezirk Flachbrunnen sind? und 2) welche prophylaktischen Maassnahmen zu empfehlen wären, namentlich da die Bevölkerung ihre schlechten Brunnen bevorzugt!

Herr **Koppel** fragt, wie lange Cholera-Bacillen im Wasser infectiös bleiben?

Herr Prof. **Körber** erwidert ad. 1). Nach Messungen sämmtlicher Brunnen fand er einen Brunnen von 5 Meter; die übrigen von $3^1/_2$--4 Meter. Der Wasserspiegel findet sich auch $1^1/_2$—1—0 Meter. Der Boden besteht aus 2 Meter Sand, dann folgt Sandstein. Es wird meist nur bis zum Sandstein gegraben und nur sehr selten in denselben hinein. Tiefbrunnen existiren hier nicht.



Ad. 2) Einer der grössten Uebelstände besteht darin, dass sehr viele Einwohner hierher übergesiedelt sind, die an die Benutzung von Abtritten nicht gewohnt sind und mit Excrementen nachlässig umgehn. Es scheint, als ob gepflasterte Strassen und Höfe weniger verunreinigt werden. Daher wäre zu empfehlen erstens Pflasterung und Anlage von flachen Gräben auf den Höfen oder in den Gärten zur Aufnahme der Excremente. Durch Anlage von artesischen Brunnen könnte der Bevölkerung gutes Trinkwasser beschafft werden. Diese Brunnen müssten streng in der Weise angelegt werden, dass sie nicht mit dem Grundwasser communiciren oder gar direct durch Rückstauung von den Schlammkästen her inficirt werden können. Vortragender fand in einem so inficirten artesischen Brunnen in der Fortuna-Strasse 2,000.000 Keime. Es müssten wenigstens noch 2 artesische Brunnen in jenem Bezirk angelegt werden.

Auf die Frage des Herrn Koppel erwidert Herr Prof. Körber, dass nach Dr Mandelstamm, der heute promovirte, in kaltem Brunnenwasser Cholera-Bacillen binnen 3—4 Tagen ihre Virulenz verlieren; ausserdem wechselt das Wasser so flacher Brunnen durch den Verbrauch schnell und die Menge der hineingerathenen Bacillen muss sich vermindern.

Schliesslich beantwortet Vortr. die von ihm selbst aufgeworfene Frage, ob wir die Cholera in diesem Jahr wiederbekommen werden, verneinend — auf Grund der Beobachtung, dass sich nach Aufhören der Cholera im Herbst — im Winter in Folge des Thauwetters eine Durchlässigkeit des Bodens einstellte, welche nach seinen Erfahrungen das Auftreten der Krankheit begünstige. Trotzdem traten keine Neuerkrankungen ein. Das spricht dafür, dass in jenem Bezirk keine lebensfähigen Cholera-Keime in der Nähe der Brunnen mehr vorhanden sein können. Ueber die übrigen Theile der Stadt enthält sich Vortragender seines Urtheils, da er sie nicht in das Bereich seiner Beobachtungen hat hineinziehen können.

Sitzung am 20. April 1894.

Herr Krüger hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Bindung der Eiweisskörper durch Salzsäure und die Bedeutung der letztern bei der Peptonisation. Nachdem Vortragender in Kürze der bezüglichen Literatur Erwähnung gethan, ging er auf die von Herrn V. Schiele unter seiner Leitung ausgeführten Versuche über. Dieselben ergaben, dass Paraglobulin und Eiereiweiss Salzsäure in verhältnissmässig grosser Menge binden: Paraglobulin (auf die Trockensubstanz berechnet) durchschnittlich 2,46 pCt. (Maximum 2,66 pCt, Minimum 2,25 pCt.) Eiereiweiss 2,23 pCt. (Maximum 2,37 pCt., Minimum 2,11 pCt.) Weiterhin sind Verdauungsversuche angestellt worden unter Vermeidung von Salzsäureüberschuss mit Acidalbuminen. Dieselben bestätigten die Angaben, dass die überschüssige, sog. freie Salzsäure bei der Peptonisation nicht nothwendig sei.

Ferner spricht Herr Krüger: Ueber den Eisengehalt und Calciumgehalt der Leberzellen von Rinderfoeten. Vortragender führt die Werthe, die für den Calcium- und Eisengehalt der Leberzellen von Rinderfoeten verschiedener Entwicklungsperioden gefunden worden sind, an, und macht auf die auffallende Erscheinung aufmerksam, dass dem Maximum an Eisen ein Minimum an Calcium und umgekehrt entspricht (mit einer kleinen Verschiebung). Diese Verhältnisse werden durch nachstehende Zahlen illustrirt:

Foeten nach der Länge.	Ca	Fe.
20— 30 Cm.	0,058	0,359
30— 40 »	0,101	0,214
40— 50 »	0,081	0,140
50— 60 »	0,082	0,181
60— 70 »	0,064	0,296
70— 80 »	0,078	0,309
80—100 »	0,104	0,181

Z. Z. Secretair: Dr. Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. Snegireff (Moskau) bringt in dem neuesten (4. Bande) der klinischen Vorlesungen von Sacharjin eine vorläufige Mittheilung über ein neues blutstillendes Mittel, den Dampf. Verf. verwendet den Dampf seit 7 Jahren als ätzendes und blutstillendes Mittel in der gynaekologischen Therapie. Nach vorhergegangener Dilatation des Cervix uteri wird mit oder ohne Abrasio ein an seinem Ende siebartig durchbrochener Katheter in die Uterushöhle eingeführt. Dieser Katheter communicirt durch eine ihm angefügte Metallröhre mit einem Dampfapparat. Der ausströmende Dampf hat c. 100° C. Es genügt den Dampf für ½—1 Minute einwirken zu lassen. Der Moment wo man aufhört ist gegeben, sobald aus der Röhre eine dunkle bouillonartige Flüssigkeit abfliesst. Die chloroformirte Kranke empfindet weder einen Schmerz noch eine andere Einwirkung des Dampfes.

Die Schleimhaut des Cavum uteri ist dann gewissermassen abgekocht und präsentirt sich als ein weissliches dünnes Eiweisshäutchen; war übler Geruch durch Zerfall vorhanden, so schwindet er; ebenso event. vorhanden gewesene Empfindlichkeit der Schleimhaut.

Experimentell hat dann Verfasser an Thieren noch folgendes festgestellt:

1) Man kann aus der Leber beliebige Stücke ohne jeglichen Blutverlust entfernen. Die Thiere bleiben leben.

2) Man kann aus der Milz beliebige Stücke ohne Blutverlust entfernen.

3) Man kann ganze Lungenlappen ohne Blutverlust entfernen.

4) Dasselbe gilt von den Nieren

5) Und bis zu gewissem Grade vom Grosshirn.

6) Man kann Blutungen aus den Knochen und aus deren Spongiosa stillen.

7) Das Knochenmark wird mittelst dieser Methode gekocht und die Restitution des Knochens geht regelmässig vor sich.

8) Man kann fast ein ganzes Horn des Uterus des Hundes ohne Blutverlust entfernen.

9) Die Arteria femoralis des Hundes quer- oder längsdurchschnitten blutet nicht bei Einwirkung des Dampfes.

10) Haut- und Muskelblutungen stehen momentan still.

11) Die Wunden heilen nach Anwendung des Dampfes per primam. Letzteres Factum ist auch vielfach am Menschen constatirt worden.

Auf Grund dieser Experimente hat Verfasser das neue Verfahren mit einem etwas modificirten Instrumente angewandt:

1) In fünf Fällen von Kniegelenkresection ohne Application des elastischen Schlauchs, ohne auch nur eine Ligatur anzulegen und ohne Klemmpincetten.

2) Bei einer Exstirpation einer carcinomatös degenerirten Mamma unter gleichen Bedingungen.

3) Bei Entfernung von Atheromen, Fett und Krebsgeschwülsten aus der Haut.

4) Bei Amputatio cervicis uteri.

5) Bei Fibrotomie zur Blutstillung des Stumpfes.

6) Bei Knochenresectionen und Exstirpationen von Sequestern.

7) Bei Abscessen zur Vernichtung des üblen Geruches und behufs schnellerer Verwachsung der Abscesshöhle.

8) Bei sinuösen und fistulösen Gängen, besonders tuberculöser Natur.

Der Organismus und die Gewebe, kranke oder gesunde vertragen dieses Mittel sehr gut. Die Heilung geht ohne Complicationen vor sich und zwar per primam.

Man wird auf diese Weise dreist zur Exstirpation von Tumoren aus den parenchymatösen Organen schreiten können und der Dampf wird als aseptisches und blutstillendes Mittel sich bald Eingang in die ärztliche Praxis verschaffen. Weitere Mittheilungen stehen bevor. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. K.

Vermischtes.

— Ernannt: der ältere Arzt der 6. Flotten-Equipage, Collegienrath Issajew zum Gehilfen des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg wies auch in der letztverflossenen Woche eine weitere allmähliche Abnahme auf. In Behandlung verblieben am 7. September 12 Uhr Mittags 59 Cholerakranke; vom 7. bis zum 14. September 12 Uhr Mittags erkrankten 28 Personen, genasen 34, starben 15 Personen und verblieben am 14. September 12 Uhr Mittags in Behandlung 38 Cholerakranke. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 14. September 12 Uhr Mittags in St. Petersburg 4516 Personen erkrankt, 2257 genesen und 2198 Personen gestorben.

Im Gouvernement St. Petersburg sind nach dem neusten officiellen Cholera-Bulletin vom 21. August bis zum 3. September 245 Personen erkrankt und 96 Personen gestorben. Das letzte im «Reg. Anzeig.» veröffentlichte Bulletin enthält aus 47 Gouvernements und Städten Daten über den Stand der Choleraepidemie und belief sich nach demselben die Gesammtzahl der Erkrankungen auf 3661 (gegen 4892 in der Vorwoche) und die Gesammtzahl der Todesfälle auf 1833 (gegen 2903 in der Vorwoche). Die Epidemie hat sich nach dem Bulletin zwar weiter ausgebreitet, doch ist die Gesammtzahl der Erkrankungen und der Todesfälle eine weit geringere als in den früheren Bulletins. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel auf das Gouvernement Kjelze (vom 21. bis 27. August 426 Erkrankungen und 255 Todesfälle), dann folgen die Gouvernements: Podolien (vom 28. August bis zum 3. September 390 Erkr. und 166 Todesf.), Bessarabien (vom



28. August bis zum 3 September 310 Erkr. und 113 Todesf.), Petrokow (vom 28. August bis zum 3. September 305 Erkr. und 183 Todesf.), Radom (vom 21.— 27. August 182 Erkr. und 107 Todesf.), Grodno (vom 21.—27. August 181 Erkr. und 80 Todesf.), Ssedlez (vom 28. August bis zum 3. September 122 Erkr. und 43 Todesf.), Warschau (vom 21. August bis zum 3. September 151 Erkr. und 88 Todesf.), Jarosslaw (vom 28. August bis zum 3. September 109 Erkr. und 49 Todesf.) Minsk (vom 28. August bis zum 3. September 108 Erkr. und 44 Todesf.), Nishni-Nowgorod (vom 28. August bis zum 3. September 102 Erkr. und 52 Todesf.), Rjasan (vom 21.—27. August 100 Erkr. und 55 Todesf.), und Ssaratow (vom 21. August bis zum 3. September 102 Erkr. und 47 Todesf.). In den übrigen von der Seuche ergriffenen Gouvernements Kalisch, Lomsha, Plozk, Liv-, Est- und Kurland, Astrachan, Witebsk, Wolhynien, Kijew, Kowno, Wladimir, Wologda, Wjatka, Jekaterinosslaw, Kasan, Kaluga, Kostroma, Kursk, Nowgorod, Olonez, Perm, Pensa, Pskow, Ssaratow, Ssimbirsk, Tambow, Tula, Chersson, Baku und im Don-Gebiet betrug die Zahl der Erkrankungen unter 100. In der Stadt Warschau erkrankten vom 28. August bis zum 3. September 15 und starben 9 Personen. In Riga sind den Bulletins zufolge bis zum 12. September incl. im Ganzen 274 Personen an der Cholera erkrankt, von denen 127 genesen, 128 verstorben und zum 13. September 19 Personen noch in Behandlung verblieben sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. September d. J. 5530 (11 mehr als in der Vorwoche), darunter 211 Typhus — (20 weniger), 739 Syphilis — (25 mehr), 116 Scharlach — (21 mehr), 42 Diphtherie — (8 mehr), 8 Masern — (2 weniger), 13 Pocken — (7 mehr) und 37 Cholerakranke (22 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. September 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
231	240	471	85	32	90	13	2	20	36	53	40	33	32	23	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 12, Diphtherie 20, Croup 6, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 23, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 49, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. September.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 26. September.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Amalie Schulze**, Большая Подьяческая д. 18, кв. 27.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Дозв. ценз. Спб. 17 Сентября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, 24. September (6. October) **1894**

Ueber die weissen Zellen im lebenden und im defibrinirten menschlichen Blute [1]).

(Aus der Hospitalklinik des Prof. Dr. K. Dehio).

Von

Dr. med. W. Harmsen.

Praktischem Arzt zu Blieden in Kurland.

Alexander Schmidt hat zuerst und wiederholt auf die Beziehungen der weissen Blutzellen zur Blutgerinnung hingewiesen. Gegenüber einer abweichenden Ansicht von Woldridge hat sie neuerdings Fr. Krüger in vollem Umfange aufrecht erhalten, indem er sagt: «Es ist eine nicht wegzuleugnende Thatsache, dass bei der Faserstoffgerinnung des Blutes, sei es ausserhalb, sei es innerhalb des Gefässsystems, die farblosen Blutkörperchen die Hauptrolle spielen.»

Für die Erörterung der Frage, worin diese Rolle besteht, also für die Theorie der Gerinnung, ist hier nicht der Ort; es genügt für vorliegende Arbeit die Thatsache, dass bei der Gerinnung zahlreiche weisse Blutzellen zu Grunde gehen.

Es sind nun weiter Nachforschungen darüber angestellt worden, wie viel weisse Zellen in der Raumeinheit des Blutes und welche speciell dem Zerfall bei der Gerinnung unterliegen, und welche diesem Schicksal entgehen.

Nachdem N. Heyl [2]) ermittelt hatte, dass durch das Defibriniren von Pferdeblut der Verlust an Leukocyten im Mittel 71,3 pCt. beträgt, und Rauschenbach [3]) ein ganz ähnliches Resultat erhalten hatte, ist diese Frage von H. Berg [4]) einer eingehenden Prüfung gewürdigt worden.

H. Berg, der bei Fr. Krüger im Dorpater physiol. Institut arbeitete, fand, dass im Pferdeblutplasma der procentische Verlust der Leukocyten bei der Gerinnung im Mittel 71,3 pCt. beträgt (im Minimum 55,7 pCt., im Maximum 89,4 pCt.), ferner, «dass es hauptsächlich die mehrkernigen sind, die durch den Process der Gerinnung dem Zerfall anheimfallen, während die einkernigen sich als die bei Weitem resistenteren erweisen.» Während durch das Defibriniren im Mittel 79,7 pCt. mehrkernige zu Grunde gehen, sinkt die Zahl der einkernigen nur um 41,1 pCt.

«Von 100 Leukocyten des Blutes werden durch das Defibriniren ca. 63 mehrkernige und nur 8—9 einkernige zum Schwund gebracht.»

Gürber [5]) liess durch Bier vergleichende Zählungen der weissen Blutkörperchen am Kaninchenblut vor und nach der Gerinnung anstellen. Sie fanden, dass bei der Gerinnung nahezu die Hälfte der weissen Blutkörperchen zu Grunde geht. Untersuchten sie defibrinirtes Blut, so waren darin auf 30 mononucleäre höchstens 2 polynucleäre mehr zu finden.

«Demnach gehen fast alle weissen Blutkörperchen der letztern Art bei der Gerinnung zu Grunde».

Alle diese Untersuchungen beziehen sich auf Thierblut.

Demgegenüber stellte ich mir die Aufgabe, menschliches Blut vor und nach der Gerinnung zu prüfen und mich bei meinen Untersuchungen nicht auf die Eintheilung in ein- und mehrkernige Zellen allein zu beschränken, sondern die durch die Ehrlich'sche Färbungsmethode ermöglichte weitere Differenzirung der weissen Blutzellen auszunutzen und mit in das Bereich meiner Betrachtungen zu ziehen.

[1]) cf. meine Inaugural-Dissertation: «Ueber die weissen Zellen im lebenden und im defibrinirten menschlichen Blute nebst einem Anhang: über die weissen Blutzellen im fieberfreien Hämatothorax.» Riga, 1894.

[2]) J. Hoffmann: «Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der farblosen Blutkörperchen». Inaug.-Diss. Dorpat, 1881.

[3]) Rauschenbach: «Ueber die Wechselwirkungen zwischen Protoplasma und Blutplasma. Mit einem Anhang betreffend die Blutplättchen von Bizozzero». Inaug.-Diss. Dorpat, 1882.

[4]) H. Berg: «Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung.» In.-Diss. Dorpat, 1893.

[5]) Gürber: «Weisse Blutkörperchen und Blutgerinnung». Biolog. Centralblatt. Bd. XIII, № 3.



Da es mir zugleich von Interesse schien, zu erfahren, ob das Blut in verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten immer dieselbe Veränderung in der Zahl der weissen Blukörperchen bei der Gerinnung aufweist oder nicht, so habe ich das Blut folgender Kranken aus Prof. Dehio's Hospitalklinik zu meinen Untersuchungen benutzt:

№ 1 Pneumonia croup.
№ 2 Pneumonia croup.
№ 3 Pneum. croup. nach der Krisis
№ 4 Typh. exanth.
№ 5 Eryth. nodos.
№ 6 Hämatothorax (Reconvalescent).
№ 7 secundäre Syphilis.
№ 8 secundäre Syphilis.
№ 9 tardive Syphilis.
№ 10 Emphysem. pulm.
№ 11 Diathesis hämorrhag. (scorbut.?)
№ 12 Diath. hämorrh. (scorbutica?)
№ 13 Diath. hämorrh. (scorbutica?)

Das Blut zu diesen Gerinnungsversuchen entnahm ich der Vena cephalica oder mediana der Ellenbeuge durch Aderlass oder durch Punction mit der Pravazschen Nadel, und fertigte daraus Zählpräparate in $^1/_3$ procentiger Essigsäure nach Thoma (mit Zusatz von etwas Methylviolett nach Berg) und Trockenpräparate nach Ehrlich an, und zwar beides sowohl vor der Gerinnung wie nach dem Defibriniren.

Aus dem Vergleich der Zählpräparate vor und nach der Gerinnung konnte ich bestimmen, wie gross der Gesammtverlust der weissen Blutzellen durch die Gerinnung war, ferner wie gross der Verlust an einkernigen und wie gross der Verlust an mehrkernigen Zellen war.

Die Resultate der Arbeit will ich an der Hand der beifolgenden Tabelle erläutern.

Für die nachbleibenden Fälle war das Verhältniss der ein- und mehrkernigen Zellen zu einander nicht sehr geändert, und betrug im Mittel 19 : 81 pCt.

Aus den kleineren Zahlen der 2. Gruppe ersieht man, dass durch das Defibriniren viele Zellen zu Grunde gegangen sein müssen. Im Durchschnitt geht nach meinen Beobachtungen ungefähr die Hälfte aller Zellen zu Grunde (48,1 pCt.), im Minimum 21,7 pCt., im Maximum 68,7 pCt. (nach Berg 71,3 pCt, im Minimum 55,7 pCt, im Maximum 89,4 pCt.). Bei diesem allgemeinen Verlust verloren die einkernigen durchschnittlich nur 20,7 pCt. ihres ursprünglichen Bestandes, im Minimum 0, im Maximum 45 pCt. (nach Berg 41,1 pCt, im Minimum 20,2 pCt., im Maximum 68,3 pCt.). Die mehrkernigen verloren durchschnittlich 60,6 pCt. ihres ursprünglichen Bestandes, im Minimum 27,6, im Maximum 83,0 pCt. (nach Berg 79,7, im Minimum 27,6, im Maximum 83,0 pCt.).

Im defibrinirten Blute ist auf diese Weise das Verhältniss der einkernigen zu den mehrkernigen nun verschoben: von 100 Zellen sind hier durchschnittlich 31 einkernig und 69 mehrkernig. Extreme: 12 : 88 und 48 : 52 (nach Berg 48,2 : 51,8; Extreme: 27 : 73 und 88 zu 11).

Die Zahlen, die ich für menschliches Blut fand, weichen in dieser Beziehung von den Zahlen ab, die Berg für das Pferdeblut fand.

In den von mir ermittelten Zahlen sind übrigens auch grosse Differenzen zwischen Minimum und Maximum, so grosse, dass es mir unzulässig erschien, aus ihnen ein Gesetz zu construiren.

Die Ueberlegung aber, dass es doch in Bezug auf die bei der Gerinnung zu Grunde gegangenen Zellen nicht gleichgültig sein könne, in welchem Verhältniss hier einkernige und mehrkernige zu einander stehen, führte mich zu einem überraschenden und weit mehr befriedigenden Resultat. Indem ich aus der Differenz der ersten und zweiten Gruppe die Zahl der verschwundenen Zellen erhielt und zwar sowohl die Gesammtsumme, wie die Zahl der einkernigen gesondert und die Zahl der mehrkernigen gesondert, fand ich, dass von 100 bei der Gerinnung verbrauchten weissen Blutzellen ziemlich constant 8 einkernig und 92 mehrkernig sind. Es giebt in meiner Tabelle nur 2 nennenswerthe, aber nicht sehr erhebliche Abweichungen; nämlich statt 92 kommt einmal

I. Tabelle.

Nummer.	Krankheit.	I. Gruppe. Die Zellen im lebenden Blut.			II. Gruppe. Die Zellen im defibrinirten Blut.			Verlust der Zellen, gemessen an ihrem Besitz im lebenden Blut in Procenten.			III. Gruppe. Die bei der Gerinnung zu Grunde gegangenen Zellen (berechnet a. d. Differenz d. beiden ersten Gruppen)		
		pro Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten: einkernige.	davon in Procenten: mehrkernige.	pro Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten: einkernige.	davon in Procenten: mehrkernige.	Es verloren in Procenten: alle weissen Zellen zusammen.	Es verloren in Procenten: die einkernigen für sich.	Es verloren in Procenten: die mehrkernigen für sich.	aus einem Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten: einkernige.	davon in Procenten: mehrkernige.
I.	Pneum. croup.	13285	23,3	76,6	5603	48,0	52,0	57,8	13,8	71,2	7682	5,5	94,4
II.	Pneum. croup.	17177	9,5	90,5	7661	12,3	87,7	55,5	45,0	55,4	9516	7,3	92,7
III.	Pneum. croup.	7193	18,0	82,0	4299	25,6	74,4	40,2	15,6	45,5	2894	7,0	93,0
IV.	Typhus exanth.	22683	16,5	83,4	7152	31,0	69,0	68,7	40,7	74,1	15731	10,0	90,0
V.	Eryth. nodos.	11696	15,5	84,5	7906	19,0	81,0	32,4	16,8	37,3	3790	8,0	92,0
VI.	Hämatoth.	9189	20,0	80,0	6642	23,6	76,4	27,7	14,4	31,0	2547	10,0	90,0
VII.	Lues II	11472	17,4	82,6	5154	29,0	71,0	55,0	24,3	83,0	7318	7,7	92,3
VIII.	Lues II	6683	30,5	69,5	2770	48,0	52,0	58,5	35,0	68,8	3913	18,2	81.7
IX.	Lues III.	13876	22,9	77.0	10860	31,0	69,0	21,7	1,9	27,6	3016	2,0	98,0
X.	Emph. pulm.	8211	14,1	85,8	2954	43,5	56,5	64,0	0	76,3	5257	0	100,0
XI.	Hämorrh. Diath.	7988	59,9	40,0	4483	79,5	20,4	42,8	25,5	71,3	3505	35,0	65,0
XII.	Hämorrh. Diath.	5338	55,0	45,0	3504	71,5	28,5	34,3	14,5	58,4	1834	23,3	67,6
XIII.	Hämorrh. Diath.	9006	39,4	60,6	5542	43,0	57,0	38,4	32,7	38,4	3464	33,5	66,5
	Mittel hieraus mit Ausschluss d. hämorrhag. Diathese	—	19,0	81,0	—	31,0	69,0	48,1	20,7	60,6	—	7,6	92,4

Aus dieser I. Tabelle ersieht man zunächst, dass das Verhältniss der ein- und mehrkernigen Zellen zu einander in dem Falle von hämorrhag. Diathese erheblich gestört ist. Die letzten 3 Untersuchungen (№ 11, № 12, № 13) müssen darum aus der Berechnung der Mittelzahlen ausgeschaltet und einer besondern Besprechung unterzogen werden.



die Procentzahl 100 (:0) vor (№ X), ein anderes Mal die Procentzahl 81,7 (:18,3) (№ VIII); für die übrigen Fälle lauten die Zahlen: 94, 92, 93, 90, 92, 90, 92 und 98. Man wird zugeben müssen, dass diese Procentzahlen gleichmässig sind, jedenfals weniger differiren, als diejenigen, welche bisher für den Zerfall bei der Gerinnung eruirt worden sind; ja, sie sind sogar gleichmässiger, als die Zahlen, die man für die Zusammensetzung des normalen Blutes ausgerechnet hat: hier schwankt das Verhältniss zwischen den einkernigen und mehrkernigen, wie 11:89 (Löwit), 20:80 (Löwit), 28:72 (Rieder) und nach anderen noch mehr.

Wenn man nun noch bedenkt, dass ich das Blut von Kranken untersuchte, so wird man die Möglichkeit nicht abweisen dürfen, dass Ausnahmen vorkommen müssen, z. B. macht das Blut von der hämorrhagischen Diathese № XI, XII, XIII eine sehr erhebliche, aber auch sehr constante und darum gesetzmässige Ausnahme.

Im Uebrigen wird dieses Gesetz auch bei sonst differirenden Verhältnissen streng eingehalten: Es ist gleichgültig, ob 15731 Zellen pro Cmm. (IV) oder nur 2547 Zellen pro Cmm. (VI) bei der Gerinnung zerfallen, in beiden Fällen ist das Verhältniss der verbrauchten einkernigen Zellen zu den verbrauchten mehrkernigen Zellen wie 10:90. Es ist auch gleichgültig, ob die eine Zellart z. B. die einkernigen nur 15 pCt. (III) oder gar 45 pCt. von ihrem ursprünglichen Bestand hergeben müssen (II), das Gesetz wird schonungslos durchgeführt, in beiden Fällen erscheint bei den verbrauchten Zellen das Verhältniss der einkernigen zu den mehrkernigen, wie 7:93.

Ich schliesse daraus, dass sowohl die verbrauchten einkernigen Zellen als auch die verbrauchten mehrkernigen Zellen eine wesentliche Rolle bei der Gerinnung spielen und aus diesem Grunde bei ihrem Zerfall in einem gesetzmässigen quantitativen Verhältniss zu einander stehen.

Anmerkung: Für die wenigen meiner Fälle, die eine geringe Abweichung von diesem Gesetz an den Tag legen, lässt sich entweder ein Fehler in der Beobachtung oder eine Abweichung in der Zusammensetzung des Blutes nachweisen, so z. B. in der I. Tabelle an № VIII, IX und X.

In № VIII ist die Zusammensetzung des Blutes von vorneherein fehlerhaft, indem die Zahl der einkernigen zu gross ist im Verhältniss zur Zahl der mehrkernigen (30,5 : 69,5).

In № X liegt der Fehler in der Beobachtung, da das lebende Blut weniger einkernige Zellen aufweist, als das defibrinirte. Ich bin leider nicht im Stande, eine Erklärung für diesen Beobachtungsfehler zu geben.

Aehnlich verhält sich № IX: hier ist in der Gruppe des defibrinirten Blutes zwar keine Vermehrung der einkernigen Zellen, wohl aber eine so geringe Abnahme zu constatiren wie sie ganz ungewöhnlich und darum unwahrscheinlich ist.

Gegen diese von mir gezogene Schlussfolgerung könnten vielleicht noch zwei beachtenswerthe Einwände erhoben werden, nämlich:

1) dass eine Beobachtungsreihe von 10 Fällen trotz auffallender Uebereinstimmung zu klein sei, um als beweiskräftig angesehen zu werden und 2) dass sich diese Gesetzmässigkeit nicht auf gesundes Blut zu beziehen brauche.

Ich hoffe diesen Einwänden begegnen zu können.

In den Berg'schen Tabellen (l. c.) fand ich erfreulicherweise alle Zahlen für das lebende und defibrinirte Pferdeblut, (weiter auch für das Blut von drei Hunden und einer Katze), so dass es mir leicht war, aus ihnen die Zahl und das Verhältniss der bei der Gerinnung zu Grunde gegangenen Zellen, auf die es für mich ankam, zu berechnen.

Ich habe diese Berg'schen Zahlen, sowohl die von ihm gegebenen, als auch die von mir aus ihnen berechneten, nach demselben Princip tabellarisch geordnet, wie ich das auch bei meinen eigenen Zahlen gethan habe; ich füge meiner Tabelle die Tabelle der Berg'schen Zahlen an und verweise auf die letzte Colonne; ein Blick auf dieselbe genügt, um zu erkennen, wie gut meine am Menschenblut gewonnenen Resultate mit den von Berg für das Pferdeblut festgestellten übereinstimmen. Zugleich findet sich bei Berg wie bei mir eine grosse Uebereinstimmung der einzelnen Beobachtungsergebnisse untereinander:

II. Tabelle.

Nummer.	Thierart.	I. Gruppe. Die Zellen im lebenden Blut			II. Gruppe. Die Zellen im defibrinirten Blut			Verlust der Zellen, gemessen an ihrem Besitz im lebenden Blut in Procenten.			III. Gruppe. Die bei der Gerinnung zu Grunde gegangenen Zellen (berechnet a. d. Differenz d. beiden ersten Gruppen)		
		pro Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten		pro Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten		Es verloren in Procenten			aus einem Cmm. Blut Gesammtzahl der weissen Zellen.	davon in Procenten	
			einkernige.	mehrkernige.		einkernige.	mehrkernige.	alle weissen Zellen zusammen	die einkernigen für sich.	die mehrkernigen für sich.		einkernige	mehrkernige.
I.	Pferd	21000	11,2	88,8	13150	20,4	79,6	37,4	0	43.7	7850	0	100
II.	Pferd	18100	15,8	84,2	6600	27,0	73,0	63,4	37,2	68,5	11500	9,3	90,7
III	Pferd	10029	14,9	85 1	1230	48,4	51,2	87,9	59,8	92,6	8799	10,0	90,0
IV.	Pferd	15125	16,9	83,1	4575	34,5	65 5	69.8	37,9	76,4	10550	9,2	90.8
V.	Pferd	10533	23.8	76,2	4667	41,7	58,3	55.7	24,0	65.6	5866	10,2	89,8
VI.	Pferd	17500	27,0	73,0	6233	47,6	52.4	64.5	36,4	74,7	11267	15,3	84,7
VII.	Pferd	11200	14,7	85,3	1634	34,5	65,5	85,4	65,3	88.9	9566	11,1	88 8
VIII.	Pferd	19200	28,6	71,4	2033	88,8	11.2	89,1	68,3	98,1	17167	22,1	77.8
IX.	Pferd	25900	34.5	65 5	5133	72,5	27.5	80.2	57,4	91,7	20767	24.3	75,6
X.	Pferd	20666	27.0	73,0	8633	50,2	49.8	58 2	20.2	71,1	12033	9,4	90,6
XI.	Pferd	23100	12,5	87,5	3733	34,5	65,5	83,8	55,8	87.8	19367	8,3	91,7
XII.	Pferd	17633	25.0	75,0	3466	88,8	11,2	80,4	30,8	96,5	14167	9.4	90.6
XIII.	Hund	8577	18,2	81.8	4133	35.7	64,3	54,1	5,6	62,1	4444	2,2	97,7
XIV.	Hund	15822	22,2	77,8	9244	34.5	65,5	41,6	7,7	51,1	6578	4.4	95,6
XV.	Hund	6844	29,4	70,6	2533	66,7	33.3	63,0	17,8	81,7	4311	8.3	91,7
XVI.	Katze	8577	29,4	70,6	6266	34,4	65,6	26,9	8,5	35,1	2311	7,7	92.3
	im Durchschnitt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10,0	89,9

Citirt nach Berg: «Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung». Inaug.-Dissert. Jurjew 1893. Pag. 26 und 29.



Ich glaube, dass das Gesetz jetzt einwandsfrei formulirt werden kann:

Von den bei der Gerinnung verbrauchten weissen Blutzellen stehen einkernige und mehrkernige in einem bestimmten gleichbleibenden Zahlenverhältniss zu einander.

Die definitive Zahlenangabe für dieses Verhältniss kann wohl erst durch eine grössere Reihe exacter Untersuchungen gewonnen werden. Sowohl dieses als auch die Ergründung dessen, welche Bedeutung dieses Verhältniss für die Gerinnung hat u. s. w., muss weiteren Arbeiten vorbehalten bleiben.

In der Berg'schen Tabelle bedürfen namentlich 3 Fälle einer Erörterung: № I, VIII und IX.

In № I liegt eine fehlerhafte Beobachtung vor, die Berg selbst in seiner Schrift darauf zurückführt, dass er in diesem Falle eine zu geringe Anzahl Felder durchgezählt hat.

In № VIII ist der Verlust der Zellen in allen 3 Colonnen so auffallend gross, dass man unwillkürlich schon daraus eine fehlerhafte Beobachtung anzunehmen geneigt ist.

In № IX ist die Zusammensetzung des Blutes wieder ganz abweichend, indem auch hier die Zahl der einkernigen zu gross ist im Verhältniss zur Zahl der mehrkernigen Zellen (34,5 : 65,5).

Die Ergebnisse der Untersuchungen an dem Blut von hämorrh. Diathese (№ 11, 12 und 13) sind insofern interessant, als sie in allen 3 Fällen eine Vermehrung der kleinen mononucleären Zellen ergeben, in den beiden ersten sogar ein Ueberwiegen der einkernigen über die mehrkernigen. (Beim letzten Aderlass war der Patient auch schon nahezu genesen).

Es wird ein solches Zellenverhältniss des Blutes nach Stanislaus Klein als «Lymphocytose» bezeichnet. Das sehr abweichende Verhältniss der einkernigen und mehrkernigen Zellen in diesem Blute scheint auch die Ursache zu sein für das sehr abweichende Verhalten dieses Blutes bei der Gerinnung. Während nach dem von mir ermittelten Gesetz (auf das ich später näher eingehen werde) die bei der Gerinnung zu Grunde gehenden einkernigen Zellen sich zu den bei der Gerinnung zu Grunde gehenden mehrkernigen Zellen etwa wie 8 : 92 zu verhalten pflegen, ist hier dieses Verhältniss durchaus anders: von 100 verbrauchten Zellen waren durchschnittlich 30,6 einkernig und 69,4 mehrkernig.

Wenn ich auch nicht Gelegenheit gehabt habe, das Blut bei Leukämie auf das angegebene Verhalten bei der Gerinnung zu prüfen, so muss ich doch auch schon an der Hand dieses Falles auf die Ansicht Löwit's über die Genese der Leukämie hinweisen. Löwit[6]) nimmt an, «dass die Zunahme der Leukocyten im leukämischen Blut bedingt sei durch verminderten Zerfall der Leukocyten im circulirenden Blut infolge veränderter Beschaffenheit des Blutplasma und vielleicht der Leukocyten und behinderte Umwandlung der einkernigen in mehrkernige, woraus eine beträchtliche Zunahme der einkernigen resultire.»

Darnach lebt ein Theil der einkernigen nur deshalb in dieser Form fort, weil die normale Umwandlung in mehrkernige behindert ist; es giebt mithin ältere und jüngere einkernige Zellen im leukämischen Blut, wenn Löwit's Annahme richtig ist. Wird diese Annahme auch auf vorliegenden Fall von Lymphocytose ausgedehnt, so liesse sich dann schon leichter eine Erklärung gewinnen, warum durch die Gerinnung dieses Blutes so viel einkernige im Verhältniss zu den mehrkernigen verbraucht werden: es waren alte einkernige.

Aus der Beobachtung der Trockenpräparate lassen sich keine sichern Schlüsse ziehen. Es scheint aber, dass die mehrkernigen Zellen, die bei der Gerinnung zu Grunde gehen, von den neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten fast ausschliesslich geliefert werden, während sich die eosinophilen Leukocyten hierbei indifferent verhalten dürften.

Von einkernigen Zellen gehen namentlich grosse mononucleäre zu Grunde.

[6]) Citirt nach Rieder: «Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose.» Leipzig 1892, pag. 35.

Einige Bemerkungen über Myomoperationen.

Von

Dr. L. Kessler.

Aus der Sitzung der Dorpater medicinischen Gesellschaft vom 19. Mai 1893. [1])

Herr Kessler bespricht, unter Vorzeigung bezüglicher Präparate zunächst die Operation der häufigsten Art der sog. «Uteruspolypen», i. e. submucöser Myome, die bekanntlich in der Uterusmusculatur mehr weniger nah unter der Schleimhaut entstanden, beim weiteren Wachsthum immer mehr in die Uterushöhle sich vorwölbten, endlich aus der Wand ganz in jene hineintreten, um häufig noch weiter abwärts aus dem Uterus in die Vagina event. sogar bis vor die äusseren Genitalien «geboren» zu werden. Oft genügt dann ein einziger Scheerenschlag, um den, den Tumor noch mit seinem Mutterboden verbindenden Stiel zu durchtrennen. Diese kleine Operation ist äusserst dankbar (die durch die langen Blutungen und Ausflüsse hochgradig heruntergekommenen und oft auch psychisch deprimirten Kranken erholen sich darnach auffallend rasch) und dabei so leicht auszuführen, dass sie auch von Nicht-Specialisten vorgenommen wird: sie kann aber auch im höchsten Grade verhängnissvoll werden, wenn eine partielle Inversion in eine trichterförmige Einziehung der über dem Tumor verdünnten Uteruswand in die Gebärmutterhöhle hinein vorhanden, aber nicht erkannt worden ist; der Inversionstrichter kann mit seiner Spitze bis unmittelbar an den Tumor heranreichen und einen (in diesem Fall gänzlich fehlenden) Stiel vortäuschen. Wird dieser vermeintliche Stiel (in Wirklichkeit: Inversionstrichter) durchschnitten, so wird damit ein perforirender Substanzverlust in der Uteruswand gesetzt, welcher bei der sofort folgenden Retraction des nicht abgeschnittenen Trichtertheils mit kleinerer Oeffnung gegen das Cavum uteri mit einer grösseren nach der Bauchhöhle hin klafft. Tod durch schnelle Verblutung in letztere oder unter anschliessender Peritonitis resp. Septicämie ist, wie die Literatur zeigt, in einer ganzen Reihe von derartigen Fällen die Folge gewesen.

Der Umstand, dass der eben besprochene Irrthum ausgezeichnetsten Gynäkologen noch in neuster Zeit widerfahren ist, dürfte es wohl rechtfertigen, an die Möglichkeit dieses Vorkommnisses hier zu errinnern und noch einige Worte darüber zu sagen.

Dass ein Myom eine partielle Inversion der Uteruswand machen kann, scheint ohne weiteres verständlich: Werth[2]) hat darauf aufmerksam gemacht, dass in den Fällen von partieller Inversion es sich wol meist nicht um eigentliche Uteruspolypen handeln dürfte, sondern um intramurale Myome, die einen, nämlich den zwischen ihnen und Mucosa gelegenen Theil der Uteruswand als Kapsel vor sich hergetrieben haben: hinter dem Tumor, zwischen ihm und der Serosa, verbleibt eine selbstverständlich dem entsprechend verdünnte Stelle der Uteruswand, deren schon in Folge ihrer geringeren Dicke herabgesetzte Festigkeit und Widerstandsfähigkeit vielleicht durch Zerrung, Dehnung und Verschiebung ihrer Wandelemente noch weiter vermindert wird; kein Wunder also, wenn sie dem Zug des Tumors nach der Gebärmutterhöhle hin folgt! Unverständlich dagegen kann es auf den ersten Blick erscheinen, dass eine solche partielle Inversion, trotz aller darauf gerichteten Aufmerksamkeit, der Erkenntniss auch des geübtesten Fachmannes sich entziehen kann, wie dies B. S. Schultz[3]), Werth (l. c.) und Sänger[4]) in den von ihnen publicirten Fällen ergangen ist. In der That giebt es eben Fälle, in denen unsre bisherigen diagnostischen Hülfsmittel im Stich lassen; und dies erklärt sich dadurch, dass 1) weder Schmerzen noch sonstige klinische Symp-

[1]) Wir bringen ein ausführlicheres Autoreferat dieses Vortrages, weil der reiche und zugleich eine orientirende Uebersicht der ganzen Frage bietende Gehalt desselben sich nicht in ein kurzes Sitzungsprotocoll hineinzwängen lässt.

Die Redaction

[2]) Werth, über partielle Inversion des Uterus durch Geschwülste. Arch. f. Gyn. Bd. 22.

[3]) Schultze, B. S. Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

[4]) Sänger, Centralbl. f. Gyn. XV. 1891. p. 748.

tome den Eintritt oder das Bestehen einer partiellen Inversion zu begleiten brauchen (Werth, l. C. p. 72.); 2) der reelle solide Stiel und der durch den Inversionstrichter vorgetäuschten Pseudostiel keine charakteristischen Unterschiede bieten; dicke, weiche, «fleischige», bei der Berührung empfindliche Stiele sind verdächtig, haben sich aber in anderen Fällen als solide erwiesen, während umgekehrt an Pseudostielen jene Eigenschaften bisweilen nicht gefunden wurden; 3) kann die durch die Inversion gewöhnlich an der äusseren, der Bauchhöhle zugekehrten Oberfläche der Gebärmutter gebildete Vertiefung so beschaffen sein, dass sie, auch durch sorgfältigste combinirte Untersuchung sowol von der Vagina als vom Rectum aus, selbst in Narkose nicht gefühlt werden kann; so in dem Fall von Schultze (l. c. p. 231): «die eingeführte Hand erreicht an der hinteren Wand der Gebärmutter nahe dem Fundus die Insertion des Tumor in Form eines kurzen etwa 1 Zoll dicken Stieles; die gleichzeitig aussen tastende andere Hand erkennt keine Abweichung in der Rundung der äusseren Fläche des Uterus, so dass bei der ebenfalls gleichmässigen Wölbung der Innenfläche Inversion auszuschliessen schien;» «mit Zeige- und Mittelfinger der eingeführten Hand wird der Tumor an seiner Basis umfasst und mit der Siebold'schen Scheere hart an der Volarfläche der Finger abgeschnitten;» an der Schnittfläche eine etwa 2 cm. lange 1½ cm. tiefe, von etwa 6 □ cm. Peritoneum ausgekleidete Spalte. (Peritonitis: Heilung nach 3 Wochen)

In dem Fall von Werth (l. c. p. 70) «wurde aus Rücksicht auf gewisse Besonderheiten des Befundes (eigenthümliche, schlauchartige und weiche Beschaffenheit des umfangreichen Geschwulststieles; geringe Länge der bis zum Fundus für den Finger durchgängigen Uterushöhle) ausdrücklich auf die Möglichkeit des Bestehens einer partiellen Inversion Bedacht genommen;» aber auch bei der Untersuchung in Narkose erschien «die hintere Fläche des retroflectirten Uterus bei Betastung sowol von den Bauchdecken als vom rectum als glatt, ohne etwa der Ansatzstelle der Geschwulst entsprechende Vertiefung.» Der Stiel der aus der Scheide hervorgezogenen Kindesfaustgrossen Geschwulst wird «in geringer Höhe über dem Niveau der umgebenden Schleimhautfläche mit kurzen Scheerenschlägen absatzweise durchtrennt; inmitten der Schnittfläche findet sich eine mit Peritoneum ausgekleidete trichterförmige 1½—2 cm. tiefe Einsenkung, deren Wände aneinander liegen» und durch zarte Adhäsionsfäden locker mit einander verlöthet sind. Bedrohliche Blutung durch die Vagina nach aussen und namentlich in die Bauchhöhle; da alle Anstrengungen, den Defect durch die Naht zu schliessen, auch nach Spaltung der hinteren Uteruswand sammt hinteren Muttermundslippe und Scheidenansatz, erfolglos sich erwiesen und Pat. darüber bereits viel Blut verloren hat: Totalexstirpation, um das durch die andauernde Blutung schwer bedrohte Leben der Pat zu retten.

Saenger (l. c.) legte den Drahtecraseur behufs Entfernung eines Kindskopfgrossen in die Scheide geborenen Myoms erst an, «nachdem genaue Untersuchung weder vollständige noch theilweise Inversion des Uterus nachweisen konnte,» und «das Myom wohlgestielt erschien;» «nach dem Umlegen der Schlinge wurde noch die Vorsicht[5]) beobachtet, die Geschwulst in die Höhe zu schieben, wodurch der Draht an die tiefste Stelle der Geschwulst gelangte;» «in der 5 Mark grossen Absetzungsfläche ein scharfrandiges Stück Serosa uteri von Daumennagelgrösse». Sofortige Laparotomie und exacte Naht der Uteruswunde nach Kaiserschnittart. Sänger, der bei grossen gestielten in die Vagina geborenen Myomen, wobei mit Siebold'scher Scheere nicht anzukommen ist, den Ecraseur auch fernerhin anderen Operationsmethoden gegenüber bevorzugen will, fordert, dass man sich der Gefahren in solchen Fällen voll bewusst und auf die Laparotomie gefasst sein muss.

Vortr. glaubte diese höchst lehrreichen Fälle hier referiren zu sollen, da dieselben bisher noch nicht diejenige allg. Kenntnissnahme erfahren zu haben scheinen, welche sie verdienen; wenigstens fehlen sie (mit Ausnahme des Schultze'schen) in einer sonst fleissigen Arbeit, welche gerade die vaginale Myomotomie zum Gegenstande hat[6]), an derjenigen Stelle, wo man sie angezogen zu finden durchaus erwarten müsste.

Was die Behandlung gerade dieser «verdächtigen» Fälle anbelangt, so möchte Vortr. es doch zweifelhaft erscheinen, ob Sänger's Empfehlung des Ecraseur von allen Autoren beigepflichtet werden wird, selbst wenn dieselben in der Lage sind, eventuell sofort eine Laparotomie anzuschliessen; aber nicht immer werden die äusseren Verhältnisse namentlich in der Privatpraxis eine solche zu improvisiren gestatten. Doch auch abgesehen davon dürfte ein Verfahren, welches bei fast gleicher Leichtigkeit der Ausführung entschieden bessere Chancen für Vermeidung einer Verletzung der Uteruswand bietet, den Vorzug verdienen; als ein solches kennzeichnet Vortr. die Enucleation. «Bei der Wahl dieses Verfahrens darf ohne Gefahr die Geschwulst bis vor die Vulva gezogen werden» (Werth, l. c.); legte man dann eine provisorische Ligatur oberhalb des Tumors an, oder einige Suturen durch die Insertionsstelle des Stiels, so ist man vollends Herr der Situation; durch einen in beliebiger Entfernung vom Stiel geführten Circulärschnitt durchtrennt man die Kapsel und löst aus dem oberhalb des Schnitts gelegenen Theil derselben die Geschwulst stumpf aus. In einem Fall Werths (l. c.) erfolgte diese Lösung ohne weiteres schon bei leichtem Zug am unteren Ende der Geschwulst leicht und ohne Blutung. Den zurückgebliebenen Kapselrest kann man dann noch, falls und so viel zweckmässig erscheint, verkleinern resp. abtragen.

Bei diesem Vorgehen ist jede Verletzung eines erkannten oder nicht erkannten Inversionstrichters ausgeschlossen.

Musste somit, Angesichts der genannten möglicherweise damit verbundenen Gefahren, bezüglich der vaginalen Exstirpation namentl. unter Verhältnissen, wo man nicht auf alle Eventualitäten eingerichtet ist, zu einer gewissen Vorsicht gemahnt werden, so kann man dagegen beim Angriff von der Bauchhöhle aus, nach Laparotomie, wie die letzte derartige Operation es auch uns wieder bestätigt hat, auch in den schwierigsten Fällen auf Grund der immer weiter ausgebildeten Technik mit viel grösserer Dreistigkeit vorgehen, als es vor noch nicht lange zurück statthaft erschien.

(Der resp. Tumor wird demonstrirt).

Pat. Eva L. Estin, 40 J. alt; 1 mal geboren; bis vor 1 Jahr stets gesund gewesen, vor 1 Jahr in einem Maschinenraum aus einer Höhe von c. 20 Fuss platt auf den Rücken gefallen, anfangs bewusstlos; keine äusserlich nachweisbare Verletzung; nach 9 wöchentlichem Liegen wieder arbeitsfähig. Vor c. 7 Wochen hat Pat. zum erstenmal einen Tumor im Abdomen bemerkt, angeblich von Apfelgrösse (?). Vor 3 Wochen eine ganz plötzlich mit Erbrechen, heftigsten Schmerzen im Bauch unterhalb des Nabels etc. einsetzende peritonitische Attaque; Durchfälle 1 Woche lang, darnach Verstopfung. Befund: Mannskopfgrosser Tumor aus dem Becken ins Abdomen hinaufragend, von glatter Oberfläche, stellenweise cystisch sich anfühlend, während andere Partien den Eindruck sehr derber oder sogar harter Platten machen. Beim schnellenden Anschlag an den weichen Stellen nur undeutliche Fluctuation, im ganzen Tumor ein gewisses leises Schwirren (Oedem) der Tumorwand. Beweglichkeit der Geschwulst äusserst gering, Bauchdecken über ihr nicht verschieblich. Uterus retrovertirt, nach rechts verdrängt; Ovarien nicht ertastbar. Diagnose: wahrscheinlich intraligamentäres cystisches Myom; Stieltorsion. (Dermoid weniger wahrscheinlich). 11. Mai Laparotomie (im hiesigen Bezirkshospital, unter freundlicher Mitwirkung des Herrn Collegen v. Zoege); nach Losschälung des mit seiner ganzen vorderen Fläche der Bauchwand gleichmässig adhärenten Tumors von letzterer, erweist sich dieser durchweg missfarbig und ödematös und an den Seiten ringsum mit den Nachbarorganen verwachsen; die blutreichen Adhäsionen dabei grösstentheils so zart, dass auch vorsichtigst geknüpfte Ligaturen ein- oder durchschneiden und Blutung machen. Da nun dieselben Verhältnisse auch an der der Exploration noch nicht zugänglichen hinteren Wand der Geschwulst vorauszusetzen waren und hier bei der auch jetzt noch äusserst geringen Beweglichkeit der letzteren eine ausserordentliche Steigerung der Schwierigkeiten zu erwarten stand, so musste die Frage sich geltend machen, ob die ohnehin schon sehr reducirte Kranke mit schwachem Puls die voraussichtlich sehr lang dauernde Operation und den vielleicht unvermeidlichen Blutverlust überstehen resp. nach derselben sich auch ganz wieder erholen würde, oder ob es nicht mehr in ihrem Interesse sei, von der Fortsetzung Abstand zu nehmen und die Bauchhöhle wieder zu schliessen. Diese Bedenken aber mussten verstummen gegenüber den grösseren Gefahren, die bei der angegebenen Beschaffenheit des Tumors, welche über kurz oder lang zu erneuten Peritonitiden führen würde, aus dessen Verbleiben in der Bauchhöhle schliesslich erwachsen müssten, und die einzige Chance für die Pat. in der definitiven Entfernung des Infectionsheerdes erblicken liessen. Um die Dauer der weiteren Operation möglichst abzukürzen, werden daher die strangförmigen frischen Adhäsionen ohne vorherige Ligirung einfach mit dem Paquelin durchtrennt, ausgedehntere, mit breiterer Fläche inserirende Verwachsungen so viel möglich gleichfalls mit dem Paquelin aus der Tumorwand herausgeschält. Unter fortgesetztem Gebrauch des letzteren, und selbstverständlich Unterbindungen und Umstechungen wo erforderlich, gelingt es nach mühevoller Arbeit doch endlich, auch die hintere Fläche des Myoms von seinen

[5]) Diese Vorsichtsmassregel würde übrigens in denjenigen Fällen nichts nützen, für welche etwa die von Schultze (l. c.) gegebene schematische Zeichnung, in der die Spitze des Inversionstrichters in die Geschwulst eingelassen erscheint und tiefer liegt als die obere Wölbung des Tumors, ihre Richtigkeit haben sollte; hier könnte im Gegentheil vielleicht starkes Abwärtsziehen am Platz sein, in der Hoffnung, dass dabei die Trichterspitze aus dem Tumor sich mehr herauszieht.

[6]) Wichert, Paul von, Ueber vaginale Myomotomie. 1893. Dissertation.



Verwachsungen mit Darm und Mesenterium zu isoliren, so dass nach Hervorwälzung aus der Bauchhöhle endlich auch sein tief im Becken liegender, um 180° torquirter, c. 3 cm. dicker Stiel erreicht, ligirt und durchtrennt werden konnte; Verschorfung der Schnittfläche; Benteltamponade (Gazecompressen) durch den unteren Wundwinkel nach aussen geleitet. Schluss der übrigen Bauchwunde mit Silkworm.

Der bisherige Verlauf — heute ist der 9. Tag nach der Operation — lässt einen günstigen Ausgang hoffen; höchste Temp. 37,6 am Abend des 2. Tages, seitdem bisher zwischen 36.4—37.2.

Vortragender hat die feste Ueberzeugung, dass in diesem Fall nur durch Anwendung der Glühhitze (resp. des Paquelin) es möglich war, einerseits Blutverluste während der Operation so wie Nachblutungen zu vermeiden, andererseits die Operationsdauer so weit abzukürzen, dass der Eingriff, trotz des elenden Zustandes der Kranken vor der Operation, so gut überstanden worden ist. Es kann mithin dieses schon wiederholt auch von Anderen befürwortete Mittel auch auf Grund dieser seiner abermaligen so auffallend günstigen Bewährung namentlich für schwierige Fälle abermals dringend empfohlen werden

Referate.

Seifert (Würzburg): Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen Jodkalium, nebst Bemerkungen über die Jodwirkung. (Archiv für Derm. und Syph. XXVII B. 3. Heft).

Diese bekanntlich von Haslund vorgeschlagene Therapie hat bisher wenig Anhänger gefunden, da 2 Umstände a priori dagegen sprechen, erstens die nicht selten bedrohlichen Nebenerscheinungen bei Jodgebrauch und zweitens der hohe Preis des Mittels. Trotzdem wird diese Methode immer wieder versucht. da bei den übrigen bekannten Mitteln die Psoriasis wohl schwindet aber immer wieder recidivirt. Verf. hat im Julius-Spital 13 Patienten mit grossen Dosen Jodkali behandelt (7 männliche und 6 weibl. Pat.). Der Erfolg ist im Allgemeinen kein aufmunternder, obgleich er angiebt, dass 4 Fälle «vollkommen geheilt» sind in 7 Wochen. Wer steht aber für Recidive? Dagegen musste z. B. eine Patientin nach 370 Grm. die Kur wegen Magenaffection aufgeben! Das Maximum des bei einem Patienten verbrauchten Jodkali betrug 850 Grm. Da wir mit Chrysarobin-Traumaticin (4—6 pCt.) resp. Hydrotherapie auch Heilungen und zwar mit weniger Kosten erreichen, dürfte die oben genannte Jodkali-Therapie wohl ausser Gebrauch zu setzen sein. O. Petersen.

Kraske-Freiburg: Ueber die operative Behandlung des Pyloruscarcinom's. (Berl. klin. Wochenschrift 1894. № 20, 21).

Die endgültigen Heilerfolge sind beim Pyloruscarcinom bisher noch keineswegs besonders glänzende, hauptsächlich weil der chirurgische Eingriff wohl immer zu spät gemacht ist. Nichtsdestoweniger sind die Resultate der Operation doch schon zufriedenstellend, wenn man sich die Frage vorhält, wie sehr dem Kranken Nutzen geschaffen worden ist. Die Gastroenterostomie ist beim Pyloruskrebs ein vollberechtigter Eingriff, wenngleich die unmittelbare Gefahr der Operation eine recht erhebliche ist. Von allen Kranken, an denen bisher operative Eingriffe am Magen wegen Pyloruscarcinom gemacht wurden, ist etwa die Hälfte an den Folgen der Operation gestorben.

Verf. hat 14 mal bei Kranken mit Pyloruscarcinom operirt; 4 mal die Resection des Pylorus, 10 mal die Gastroenterostomie gemacht. 6 Patienten sind gestorben und 8 durchgekommen (43 pCt.) und zwar sind die ersten 6 Fälle, die K. operirte, eingegangen, während die 8 letzten am Leben blieben. Er schiebt die Hauptschuld der schlechten Resultate am Anfang einer unrichtigen Indicationsstellung zu. Man soll beim Pyloruskrebs nicht mehr operiren, wenn der Kranke bereits stark heruntergekommen ist. Die Resection des Pylorus soll nur dann ausgeführt werden, wenn der Tumor frei beweglich ist und Metastasen vollkommen ausgeschlossen werden können. In allen übrigen Fällen darf nur die Gastroenterestomie in Frage kommen. Wenn man allmählich dahin käme, beim Pyloruscarcinom zu operiren, wenn er noch garnicht als Tumor gefühlt und noch nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden kann, so würden die Operationsresultate zweifellos bedeutend bessere werden. Desgleichen würde die Verbesserung und Ausbildung der Operationstechnik Resultate haben. Die persönliche Erfahrung und die individuelle Uebung sind hierbei die Hauptfactoren. In der Folge beschreibt K. den Operationsgang, nach welchem er vorgeht: Bei der Pylorusresection wird das zu resecirende Stück von seinen Peritonealligamenten freigemacht, vor die Bauchdecken gebracht, während die Bauchhöhle unter demselben austamponirt wird. Das Duodenum wird abgeschnürt (Seidenfaden) und der Darm zwischen Ligatur und den das Duodenum comprimirenden Fingern eines Assistenten quer durchtrennt. Der Magen wird von einem anderen Assistenten am Tumor gehalten und hervorgezogen und die Magenwand an der grossen Curvatur nur 1—2 Cm. quer durchschnitten und sogleich mit der Annähung des Duodenum begonnen. Ist die Naht in der Ausdehnung der gesetzten Wunde vollendet, so wird die Oeffnung im Magen schrittweise vergrössert und jedem Schritt sofort die Weiterführung der Naht nachgesetzt. Wenn das Duodenallumen vollkommen in die Magenwunde eingenäht ist, so wird nach und nach der Tumor ganz abgetragen und die Magenwandungen mit einander vereinigt.

Der Hauptvortheil dieser Methode besteht darin, dass eine Compression der Darm- und Magenwandung durch Instrumente vollends fortfällt, was sicherlich für das reactionslose Verheilen der aneinander gebrachten Theile von grosser Wichtigkeit ist. Die Verhütung eines Austrittes von Magen- und Darminhalt wird durch die beschriebene Methode vollkommen und sicher erreicht. Bei dem schrittweisen Vorgehen der Abtrennung wird die Blutstillung, namentlich an der Magenwand, sehr erleichtert, indem jedes durchschnittene Gefäss sofort gefasst und unterbunden werden kann.

Bei der Technik der Gastroenterostomie verfährt K. nach der von Wölfler angegebenen Methode und ist bemüht so weit als möglich ausserhalb der tamponirten Abdominalhöhle zu operiren.

Was nun die Nachbehandlung anbetrifft, so verabfolgt K. den Kranken schon am ersten Tage nach der Operation öfters in kleinen Mengen Wein mit Wasser, auch Fleischbrühe und Milch löffelweise. Am zweiten oder dritten Tage verabfolgt er seinen Patienten schon Eier und am Ende der ersten Woche auch schon leicht verdauliche Nahrung in fester Form. Dabei werden die Kranken öfters am Tage auf die rechte Seite gelegt oder in halbsitzende Stellung gebracht.

Zum Schluss spricht Verf. sich noch dahin aus, «dass die operative Behandlung des Pyloruscarcinomes zur Zeit bei einem Stadium der Entwickelung angelangt ist, in welchem eine weitere Besserung der Resultate zunächst weniger von einer Steigerung der chirurgisch-technischen Leistungen, als von einer Mithülfe der ärztlichen Collegen zu erwarten ist».

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Neelsen: Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie für Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 1894.

Die 3 Auflage dieses vorzüglichen Lehrbuches der allgemeinen Pathologie ist wie auch die vorhergehende 2 Auflage eine Bearbeitung des ursprünglichen Lehrbuches von Perls. In vorliegender Gestalt gehört das Buch zu den besten seiner Art. Da dasselbe einen weiten Leserkreis besitzt, der die Vorzüge desselben wohl zu würdigen versteht, soll hier nicht näher auf Einzelheiten eingegangen werden. Obgleich die Anordnung des Stoffes die frühere geblieben ist, macht sich doch überall eine zeitgemässe Umarbeitung der einzelnen Kapitel bemerkbar. Der leider auch kürzlich verstorbene Bearbeiter, Neelsen, hat es verstanden auch den weniger interessanten Abschnitten seinen eignen Stempel aufzudrücken, und in leicht fliessender Form dieselben dem Studirenden leichter zugänglich zu machen. Besonderes Interesse verdient der Abschnitt «Allgemeine Aetiologie» der in folgende Unterabtheilungen zerfällt: 1) Mangelhafte Zufuhr der nothwendigen Subsistenzmittel (Inanition, Dyspnoe, Asphyxie) 2) Schädlichkeiten physikalischer und chemischer Natur 3) Parasiten (einschliesslich einen kurzen Abriss der Bakteriologie) 4) die äusseren Lebensverhältnisse. 5) Wechselwirkung der Organe. 6) Innere Krankheitsursachen. Indem der Verf. der allgemeinen Aetiologie einen verhältnissmässig breiten Raum zugemessen hat, leistet er dem modernen Bestreben, die Aetiologie der Krankheiten aufzuklären Genüge. Zahlreiche sorgfältig ausgewählte Literaturangaben regen zum weiteren Studium der einzelnen Kapitel der allgemeinen Pathologie an und erhöhen den Werth des Buches bedeutend. 2 Tafeln in Farbendruck und zahlreiche Abbildungen und Holzschnitte von vorzüglicher Güte erleichtern das Studium. Auch die übrige Ausstattung trägt das solide, vornehme Gepräge der Enke'schen Verlagshandlung.

B—n.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

573. Sitzung am 26. April 1894.
Vorsitzender: Herr Moritz.

1. Herr Tiling recapitulirt kurz die klinischen Erscheinungen des in der Sitzung am 15. März vorgestellten Falles Jackson'scher Epilepsie. Der Pat. wurde zuerst vom März bis zum Juli vorigen Jahres mit einer Inunctionscur be-



handelt. Alle Erscheinungen wie circumscripte Druckempfindlichkeit über dem rechten Tuber parietale, Stauungspapille und halbseitiger Tremor verschwanden vollständig, so dass Pat. genesen entlassen werden konnte Am 15. December 1893 kam Pat. wieder in Behandlung. Er litt wieder an Tremor und Schwäche in der linken Seite, Stauungspapille und Schmerzempfindlichkeit über der rechten Schädelhälfte, ferner epileptiformen Krämpfen in der linken Körperhälfte, psychischer Verwirrtheit und Manegenbewegungen nach rechts. Alle Erscheinungen wurden auf ein Gumma zurückgeführt und durch eine Schmiercur zum Schwinden gebracht. In den ersten Tagen Februar kamen wieder Anfälle von Jackson'scher Epilepsie vor, die durch Narbencontraction und Zug auf die hintere Centralwindung erklärt wurden. Durch die Operation wurde ein verhärtetes Stück bestehend aus Dura, Pia und Hirnmasse entfernt. Das Bett des excidirten Stückes war wie dieses selbst bräunlich verfärbt. Nach der Operation trat kein weiterer Anfall auf, Pat. ist bis jetzt gesund.

Herr Westphalen hat die Untersuchung des exstirpirten Gewebsstückes gemacht. Dura und Pia waren bindegewebig verdickt und unter einander wie auch mit der Hirnrinde verwachsen. In letzterer fanden sich über einander 2 Gummata, das näher zur Oberfläche gelegene war linsengross, das tiefer gelegene kleinerbsengross. Die mikroskopische Untersuchung ergab den für Gummata typischen Befund: einen centralen Zerfallsherd, der im kleineren, offenbar älteren Gumma von derbem Bindegewebe mit wenig Granulationszellen, im grösseren frischeren Herde von Granulationsgewebe, das in der Peripherie in festeres Bindegewebe überging, umgeben war. Die Hirnrinde war in der oberflächlichen Partie und in der Nähe der Gummata kleinzellig infiltrirt, die Nervenfasern waren geschlängelt und wiesen varicöse Verdickungen auf. Die beiden ersten Anfälle von Jackson'scher Epilepsie finden ihre Erklärung in den beiden Gummaknoten. Der dritte Anfall wurde durch Narbenzug und Narbenschrumpfung des sich verkleinernden Gummas hervorgerufen. Dafür, dass die Gummaknoten früher grösser gewesen sein müssen, sprach die Stauungspapille.

Herr Krug: Von einer Stauungspapille kann nicht auf die Grösse eines Hirntumors geschlossen werden. Die Stauungspapille hängt nicht immer von Stauungsvorgängen im Gehirn ab, sondern oft von entzündlichen Processen in der Opticusscheide. Grosse Tumoren brauchen keine Stauungspapille zu verursachen, während eine solche bei kleinen Tumoren vorhanden sein kann. Experimentell hervorgerufene Drucksteigerung ruft nicht immer Stauungspapille hervor. Bei Nephritis kann auch Stauungspapille beobachtet werden. Wie die erwähnte, das Bild der Stauungspapille hervorrufende Entzündung in der Opticusscheide zu Stande kommt, ist nicht bekannt. Dieselbe besteht auch in den Fällen, wo sich pathologische Processe gar nicht in der Nähe des Opticus oder seiner Bahnen abspielen. Vielleicht ist das Opticusgebiet besonders disponirt bei verschiedenen Processen im Schädel zu erkranken.

Herr Westphalen sah Stauungspapille bei einem Fall von porencephalischer Cystenbildung. Es bestand wesentliche Druckzunahme im Schädel durch welche die Hirnwindungen abgeplattet waren. In der Opticusscheide war keine Entzündung vorhanden.

Herr Tiling erwähnt eine Arbeit Brahmann's, der zufolge die Stauungspapille ein Product der Raumbeengung ist. Bestimmte Localisation der Tumoren, so z. B. Cerebellar-Tumoren, ruft frühzeitige Stauungspapille hervor. Nach operativer Entfernung von Tumoren schwindet die Stauungspapille momentan.

Herr Blessig: Der allgemein acceptirte Ausdruck «Stauungspapille» ist nicht glücklich gewählt, weil er eine Stauung als Ursache der Schwellung der Papille voraussetzt. Die Bezeichnung «Schwellungspapille» («swollen disk» der Engländer») ist zutreffender; denn die Schwellung des intraocularen Sehnerven ist hierbei das Wesentliche, im Gegensatz zur einfachen Neuritis nervi opt. Ueber die Entstehungsweise der Stauungs- oder Schwellungspapille giebt es bekanntlich 2 Theorien: die eine nimmt eine entzündliche Reizung durch Stoffe, welche vom Hirntumor producirt werden, die andere eine Stauung innerhalb der Sehnervenscheiden, infolge des gesteigerten intracraniellen Druckes, als unmittelbare Ursache an. Hierbei ist eine Stauung des Liquor cerebrospinalis innerhalb der Sehnervenscheiden gemeint (ampullenförmige Erweiterung der Scheiden am distalen Sehnervenende), nicht eine venöse Stauung in der Vena centralis retinae; eine solche gibt ein anderes Bild (z. B. bei Sinusthrombose). Diese Stauungstheorie ist die allgemeiner anerkannte und dürfte auch für die überwiegende Mehrzahl der Fälle zutreffen. Wir sind berechtigt typische doppelseitige Schwellungspapille als pathognomonisch für Hirntumor zu halten. Wohl kann sie auch bei recht grossen Tumoren fehlen, aber die Fälle, in denen dasselbe ophthalmoskopische Bild ohne Hirntumor zustande kommt, (Albuminurie etc.) sind als höchst seltene Ausnahmen anzusehen. Zu Gunsten der Stauungstheorie spricht auch der hier erörterte Fall: das Auftreten und Schwinden der Schwellungspapillen im Verein mit cerebralen Symptomen fiel hier offenbar mit Vergrösserung und Verkleinerung des Gumma zusammen. Ebenso spricht ein anderer von Westphalen bereits erwähnter Fall für diese Theorie; die klinische Diagnose hatte gelautet: «Tumor cerebri», einige Wochen vor dem letalen Ausgang hatte Blessig eine rasch entstehende typische doppelseitige Schwellungspapille constatiren können. Die Section ergab im Gehirn keine Neubildung, sondern grosse, prallgespannte (porencephalische?) Cysten, welche raumbeengend gewirkt haben mussten. Dennoch erklärt die Stauungstheorie nicht alle Fälle, am wenigsten das — allerdings seltene — einseitige Vorkommen der Schwellungspapille und ihr Fehlen bei notorisch gesteigertem intracraniellem Druck, wie z. B. beim Hydrocephalus.

Herr Tiling: Brahmann und Andere fassen die Stauungspapille als Folgeerscheinung venöser Stauung auf im Gebiet der Vena jugularis. In einigen Fällen handelt es sich um local einwirkenden Druck. Die Bergmann'sche Lehre von dem gleichmässigen innerhalb des Schädels herrschenden Druck ist nicht im Stande die einseitige Stauungspapille zu erklären.

Herr Krug. Bei der grössten Raumbeengung innerhalb der Schädelkapsel, beim Hydrocephalus wird die Stauungspapille nicht selten vermisst.

Herr Westphalen. Venöse Stauung und Neuritis gehn Hand in Hand. Bei der Stauungspapille müssen jedenfalls neuritische Processe vorhanden sein, da die geringsten Ernährungsstörungen auf den Nerven einwirken.

Herr Kallmeyer. Die nachgewiesenen kleinen Tumoren entsprechen nicht den immerhin recht erheblichen klinischen Symptomen (epileptische Anfälle, Flimmerscotom, psychische Verwirrtheit). Für gewöhlich lassen sich als Ursache so schwerer Erscheinungen viel grössere Tumoren nachweisen.

Herr Westphalen sieht darin keinen Widerspruch, da die Gummata sich eben zum grössten Theil resorbirt haben.

Secretair: W. Beckmann.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Sehr geehrter Herr!

Da Sir Joseph Lister sich nun definitiv vom activen Hospitaldienste und der Lehrthätigkeit zurückgezogen hat, hält man die Gelegenheit für geeignet, ihm ein Zeichen der Anerkennung und Hochachtung seiner früheren Collegen und Schüler darzubringen. Es haben sich daher Committées gebildet in Glasgow, Edinburgh und London, um den dazu nöthigen Fonds aufzubringen.

Es wird vorgeschlagen ihm ein Portrait zu offeriren.

Subscriptionen sind auf zwei «Guineas» (52 Fr.) limitirt, und hofft man dass ein genügender Fonds gesammelt werden wird, um ein Andenken an die Gelegenheit an jeden Subscribenten dieses Betrages vertheilen zu können.

Da wahrscheinlich in Russland viele Aerzte sein werden, die gern dazu beitragen wollen, aber deren Namen und genaue Adressen schwer erhältlich sind, bemerke ich Ihnen ergebenst, dass Subscriptionen von mir, 29 Weymouth Street Portland Place. London W. in Empfang genommen werden oder von irgend einem der folgenden Herren die sich dazu erboten haben als Schatzmeister zu fungiren: Dr. James Finlayson. 2 Woodside Place Glasgow. Professer Chiene, 26 Charlotte Square Edinburgh. Professor William Rose 17 Harley Street London W.

Gestatten Sie mir den Ausdruck meiner tiefsten Hochachtung.

Ihr ergebener

Dr. med. W. Silk,
Honr. Secretary.

Vermischtes.

— Ernannt zum Consultanten für Frauenkrankheiten an dem Bachruschinschen Krankenhause in Moskau Dr. med. Max von Strauch.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg wies auch in der letztverflossenen Woche eine weitere Abnahme auf. In Behandlung verblieben am 14. September 12 Uhr Mittags 38 Cholerakranke; vom 14. bis zum 21. September 12 Uhr Mittags erkrankten 26 Personen, genasen 20, starben 18 Personen und verblieben am 21. September 12 Uhr Mittags in Behandlung 26 Cholerakranke. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni bis zum 21. September 12 Uhr Mittags in St. Petersburg 4542 Personen erkrankt, 2277 genesen und 2216 Personen gestorben.

Im Gouvernement St. Petersburg hat die Cholera bedeutend nachgelassen, da nach dem neusten officiellen Bulletin vom 4. bis zum 10. September nur 34 Personen erkrankt und 11 gestorben sind. Ebenso constatirt das besagte im «Regier. Anzeiger» veröffentlichte Bulletin, welches aus 41



Gouvernements und Städten Daten über den Stand der Choleraepidemie bringt, ein bedeutendes Nachlassen der Cholera. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel auf das Gouvernement Podolien (wo vom 4. bis zum 10. September 411 Personen erkrankten (die Zahl der Todesfälle belief sich auf 173); dann folgen die Gouvernements Kjelze (vom 28. August bis zum 3. September 175 Erkrankungen und 85 Todesfälle), Bessarabien (vom 4.—10. September 126 Erkr. und 67 Todesf.), Rjasan (vom 28. August bis zum 10. September 204 Erkr. und 115 Todesf.), Archangel (vom 4.—14. September 197 Erkr. und 98 Todesf.), Ljublin 21. August bis zum 3. September 175 Erkr. und 75 Todesf.) und Radom (vom 28. August bis zum 10. September 102 Erkrankungen und 71 Todesfälle). In den übrigen von der Seuche ergriffenen und im Bulletin aufgeführten Gouvernements Warschau, Kalisch, Lomsha, Petrokow, Plozk, Ssedlez, Liv- und Estland, Astrachan, Witebsk, Wolhynien, Grodno, Kowno, Minsk, Wladimir, Wologda, Wjatka, Kasan, Kaluga, Kostroma, Nishni-Nowgorod, Olonez, Perm, Pskow, Ssamara, Ssimbirsk, Ufa, Chersson, Jarosslaw und Baku betrug die Zahl der Erkrankungen unter 100. In Estland ist nach einer officiellen Mittheilung die Choleraepidemie als erloschen zu betrachten, da der letzte Cholerakranke am 17. d. M. als genesen entlassen worden ist. In Riga sind den letzten Bulletins zufolge bis zum 19. September im Ganzen 279 Personen an der Cholera erkrankt, von denen 137 genesen, 131 gestorben sind und 11 sich noch in Behandlung befinden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. September d. J. 5499 (31 weniger als in der Vorwoche), darunter 183 Typhus — (28 weniger), 733 Syphilis — (6 weniger), 126 Scharlach — (10 mehr), 24 Diphtherie — (18 weniger), 21 Masern — (13 mehr), 12 Pocken — (1 weniger) und 25 Cholerakranke (12 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. September 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
254	230	484	97	26	101	14	7	10	34	51	43	39	34	17	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 22, Diphtherie 15, Croup 7, Keuchhusten 19, Croupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 18, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 46, Todtgeborene 30.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. October.**

✦ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 26. September.**

Дозв. ценз. Спб. 24 Сентября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 39 St. Petersburg, 1. (13.) October 1894

Ueber die weissen Blutzellen im Blut des fieberfreien Hämatothorax [1]).

(Aus der Hospitalklinik des Prof. Dr. K. Dehio).

Von

Dr. med. W. Harmsen,

praktischem Arzt zu Blieden in Kurland.

Aus den Untersuchungen des Hämatothoraxblutes in 2 einschlägigen Fällen, die ohne Fieber verliefen, habe ich Resultate gewonnen, die für die Bedeutung und für die Entstehung der eosinophilen Leukocyten von Werth sind.

I. Hämatothorax.

Nikifor Gorjatsch 44 a. n. Aufg. 9. Februar 1894. Hämatothorax dextr.

Patient ist im Sommer Maurer, dient während der übrigen Jahreszeiten beim Kaufmann, wo er Säcke tragen und schwer arbeiten muss. Abgesehen von einer acuten Nephritis vor 3 Jahren ist Patient immer gesund gewesen.

Vor 2 Wochen bemerkte er, dass er bei Erfüllung seiner Arbeit schwerathmig wurde, dabei hatte er etwas trockenen Husten ohne sonderlichen Auswurf, aber kein Fieber, keine Stiche und keine Schmerzen.

Stat. praes. d. 10. Februar. Temp. 37,0, Puls 64, Respirat. 30. Patient ist etwas mager. Haut und Schleimhäute blass, etwas cyanotisch. Geringes Nasenflügelathmen. Die rechte Thoraxhälfte bleibt bei der Athmung etwas zurück. Lungengrenzen: links normal. Rechts vorne: Dämpfung vom II. Intercostalraum an, hinten beginnt die Dämpfung zwischen dem IV. und V. Process. spinosus. Die klinische Untersuchung ergab Flüssigkeit in der rechten Thoraxhälfte und bei der Probepunction zeigte sich, dass es anscheinend reines Blut war.

25. Februar. Durch die Punction werden ca. 450—500 Ccm. Blut entleert, das auch nach mehrstündigem Stehen nicht geronnen ist. Darnach sinkt die Dämpfung vorne bis zur V. Rippe, hinten bis zum 8. Proc. spin. Temp. 36,6, Puls 64, Respirat. 22.

1. März. Die entleerte Flüssigkeit hat nach 24 Stunden nur ein Paar ganz feine Fäserchen als Gerinnsel gebildet. Die Blutkörperchen haben sich gesenkt und darüber steht ein intensiv gelb gefärbtes Serum.

6. März. Erste Untersuchung. Durch Punction werden 500 Ccm. Blut entleert. Das Blut, schwach alkalisch, zeigt keine Neigung zur Gerinnung. (Nummer der zugehörigen mikroskopischen Dauerpräparate I.)

Trockenpräparat nach Ehrlich. Kleine mononucleäre 87,65 pCt. Neutr. polymorphk. Leukocyten 3,08 pCt. Eosinophile Leukocyten 8,64 pCt. Myelocyten 0,61 pCt.

Dieses Blut oder richtiger diese blutige Flüssigkeit zeigt folgende Eigenthümlichkeiten: 1) sie gerinnt nicht oder sehr spät; 2) die neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten fehlen fast ganz, 3) die eosinophilen Leukocyten sind vermehrt. 4) die kleinen mononucleären Zellen sind beträchtlich vermehrt.

Die einkernigen Zellen sind durch ihre Kleinheit, durch die intensive Färbung ihres runden Kerns und durch den schmalen Protoplasmasaum deutlich als kleine Lymphocyten charakterisirt. Um so auffallender ist es, dass einige derselben eine geringe Körnung ihres Protoplasmas zeigen. Bei einem Theil dieser Zellen ist der Protoplasmasaum nur etwas intensiver gefärbt, als er es sonst bei dieser Zellart zu sein pflegt; bei anderen, deutlich einkernigen Zellen aber erscheinen spärliche, unverkennbare Granula, z. B. an den beiden Polen der Zelle, oder sonst an der Peripherie, oder auch im Zellleibe. Die Granula sind zarter, als die Granula der gewöhnlichen mehrkernigen eosinophilen Leukocyten, färben sich aber durch die Ehrlich'sche Dreifarbenmischung ebenso intensiv ziegel- bis rostroth, wie diese und erscheinen ebenso glänzend, wie diese.

[1]) Cf. Inaug.-Dissertation: Ueber die weissen Zellen im lebenden und im defibrinirten menschlichen Blute, nebst einem Anhange: über die weissen Blutzellen im fieberfreien Hämatothorax. Riga, 1894.

Zwei Proben dieser blutigen Flüssigkeit werden in Reagircylindern mit Watte verschlossen, in einem Zimmer von ca. 15° R. aufbewahrt und zeigen erst am 3. Tage eine deutlich wahrnehmbare Gerinnung.

Hieraus ist ersichtlich, dass das Plasma seine Spaltungsfähigkeit noch besitzt.

9. März. Zweite Untersuchung. Durch Punction werden 1700 Ccm. einer blutigen Flüssigkeit entleert. Specifisches Gewicht 1022. Die Flüssigkeit ist bedeutend heller als vor 3 Tagen; auch heute zeigt sie keine Tendenz zur Gerinnug. In der Voraussetzung, dass das Ausbleiben der Gerinnung auf den Mangel an neutrophilen polymorphk. Leukocyten zurückzuführen sei, werden einer 3 Ccm. fassenden Menge dieser Flüssigkeit 3 Tropfen Empyemeiter hinzugefügt: wenige Minuten darauf ist die Flüssigkeit in diesem Cylinder geronnen (der Eiter enthielt 92 pCt. mehrkernige, 8 pCt. einkernige Zellen). Die mikroskopische Untersuchung der blutigen Flüssigkeit ergiebt:

1) 422500 rothe Blutzellen pro Cmm., 5175 weisse, 4761 einkernige (92 pCt.), 414 mehrkernige (8 pCt.).

Ich betone auch hier noch, dass nur die Zellen als einkernig gezählt wurden, die deutlich als solche erkennbar waren; alle polymorphkernigen galten als mehrkernig.

2) Trockenpräparat. Kleine mononucleäre 58,7 pCt. Grosse mononucleäre 0,3 pCt., Neutr. polymorphk. Leukocyten 1,0 pCt., Leukocytenschatten 1 pCt, Eosinophile Leukocyten 39,0 pCt.

Von den mit eosinophilen Granula bedeckten Zellen sind viele einkernig und nicht grösser als grosse Lymphocyten; in der mit Methylviolett schwach gefärbten 1/3 procentigen Essigsäurelösung mögen sie als einkernige gezählt worden sein; hier im Trockenpräparat musste ich sie den eosinophilen Leukocyten zuzählen

10. März. Durch Punction werden noch ca. 30 Ccm. einer blutig gelblichen Flüssigkeit entleert (mehr ist scheinbar nicht vorhanden). Die Untersuchung dieser Punctionsflüssigkeit (mikrosk. Präparat IV) ergiebt:

181200 rothe Blutscheiben pro Cmm., 4482 weisse Blutzellen, 4258 einkernige Zellen (95,0 pCt.), 224 mehrkernige (5,0 pCt.).

Das Trockenpräparat zeigt in Bezug auf die rothen Blutscheiben einige Makrocyten, während sich die weissen Blutzellen wie in den früheren Präparaten verhalten; auch hier giebt es neben der Hauptmenge der kleinen Lymphocyten solche einkernige, die spärliche aber deutlich wahrnehmbare eosinophile Granula aufweisen.

Epikrise.

Das in der Pleurahöhle eingeschlossene Hämatothoraxblut hat mein Interesse in hohem Mass in Anspruch genommen, weil ich vermuthete, dass dieses von aller Circulation ausgeschlossene, aber immerhin noch mit der lebenden serösen Pleura in Berührung stehende Blutextravasat ungewöhnliche Veränderungen im quantitativen und qualitativen Bestand seiner Zellen, sowie auch in seinem biologischen Verhalten aufweisen dürfte. In der That waren auch sehr merkwürdige Veränderungen vorhanden:

Das Blut hatte seine Gerinnbarkeit verloren, aber es ist wohl möglich, dass sich schon innerhalb des Pleuraraumes Fibrinniederschläge gebildet hatten, und wir es nur noch mit der flüssigen Componente des schon geronnenen Blutes, also mit defibrinirtem Blut zu thun hatten.

Mit der Auffassung, dass wir es mit defibrinirtem Blut zu thun hatten, stimmt die Thatsache gut überein, dass die neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten in auffallend geringer Anzahl vorhanden waren.

Von den einkernigen mononucleären Lymphocyten dagegen fanden sich in diesem Blute über 4000 pro Cmm., während normal etwa nur ein Drittel vorhanden sind; wir müssen also annehmen, dass aus der Pleura mononucleäre Lymphocyten in das Blut hineingewandert sind, oder dass die Blutflüssigkeit resorbirt worden ist und sich daher eine relative Vermehrung der Lymphocyten eingestellt hat. Gegen diese Annahme spricht die Thatsache, dass trotz der langen klinischen Beobachtung eine spontane Abnahme des Hämatothorax kaum nachzuweisen war. Vielleicht wirkten beide Momente zusammen.

Die wenigen polynucleären Zellen, welche sich noch in diesem Blute fanden, waren fast alle eosinophil. Das stimmt vollkommen mit der von mir bereits an andrer Stelle ausgesprochenen Vermuthung, dass sich die eosinophilen Leukocyten nicht an dem Zerfall bei der Gerinnung betheiligen.

Die zahlreich vorhandenen mononucleären Zellen zeigten abweichend von ihrer Beschaffenheit im normalen Blut eine Granulation ihres Protoplasma. Vielleicht ist diese Veränderung als eine Folge der Ernährungsstörung der Zellen im extravasirten Blute aufzufassen, fand doch auch Spilling[2]) bei der Leukämie eine ganz ähnliche Erscheinung, nämlich, dass sich in allen mononucleären Elementen eine ε-Körnung nachweisen lassen konnte. In meinem Falle präsentirte sich die Körnung mehr als eosinophile (α-Körnung), was den Glanz und die Farbe der Körnung anbetrifft; doch war die Körnung weniger grob als die eosinophile.

II. Hämatothorax.

Karl Westrik 22 a. n., aufg. 28. März 1894. Diagnose Vulnera dorsi, Vulnus pulmonum, Vulnera capitis. Vulnus faciei.

Am 26. März wurde der bisher gesunde Patient auf der Landstrasse von mehreren Leuten überfallen und erhielt ausser anderen blutigen und unblutigen Verletzungen 5 Messerstiche in den Rücken. Aus diesen Wunden sei Luft herausgedrungen und viel Blut abgeflossen; Patient ist noch eine Viertel Werst weit gegangen und dann besinnungslos geworden. Bald darauf erhielt er von einem Apotheker den ersten Verband.

Stat. praes. 28. März. Patient ist kräftig gebaut, gut genährt, blass.

Die meisten Wunden sind oberflächlich, nur eine, 4 Ctm. lang, 2 Finger breit nach rechts von der Wirbelsäule, penetrirt zwichen der VII. und VIII. Rippe bis in den Pleuraraum.

Dämpfung in der rechten Lungengegend hinten in der Höhe des unteren Randes der VIII Rippe beginnend, erstreckt sich nach vorne bis zur Axillarlinie; das Athmungsgeräusch über der gedämpften Partie sehr abgeschwächt; im Harn kein Eiweiss. Temp.37,0.

29. März. (Also 3 Tage nach der Verletzung.) Temperatur 37,5. Punction zwischen der IX. und X. Rippe ungefähr in der Scapularlinie. Das Blut hat keine Tendenz zur Gerinnung. (Nummer der mikroskopischen Dauerpräparate XI.)

1) Zählpräparat: 34437 weisse Blutzellen pro Cmm 4177 einkernige (12,13 pCt.), 30260 mehrkernige (87,87 pCt.).

2) Trockenpräparate: kleine mononucleäre 2,4 pCt., grosse mononucleäre 0,4 pCt., neutr. polymorphk. Leukocyten 74,2 pCt., Leukocytenschatten 15,7 pCt., neutrophile Zwergkörperchen 0,6 pCt., eosinophile Leukocyten 2,5 pCt., eosinophile Zwergkörperchen 4,1 pCt.

31. März. Das am 29. März durch Punction gewonnene Blut, das im Reagircylinder mit entfetteter Watte gut verschlossen $2^{1}/_{2}$ Tage gestanden hatte, ohne zu gerinnen, unterwarf ich heute nochmals einer Untersuchung (Nummer der zugehörigen mikroskop. Dauerpräparate XII).

1) Zählpräparat: 30463 weisse Blutzellen pro Cmm. 3525 einkernige (11,5 pCt.), 26938 mehrkernige (88,4 pCt.).

[2]) Spilling: Ueber Blutuntersuchungen bei Leukämie in Ehrlichs Farbenanalytische Untersuchungen u. s. w. pag. 71.

2) Trockenpräparat: kleine mononucleäre 13,1 pCt., neutr. polymorphk. Leukocyten 86,0 pCt., Zwergkörperchen 0,8 pCt.

Keine Leukocytenschatten, die ursprünglich reichlich vorhanden waren. Eine weitere Veränderung besteht darin, dass der grösste Theil der granulirten Zellen im Gebiete der Granulation kreisrunde Lücken von der Grösse der Granula aufweist, von denen also ein Theil die Zelle offenbar verlassen hat.

1. April. Durch Punction zwischen IX. und X. Rippe werden ca. 100 Ccm. Blut gewonnen, das durch Quirlen mit dem Glasstabe nicht zur Gerinnung gebracht werden kann. (Nummer der zugehörigen mikroskop. Dauerpräparate XIII, 2).

1) Zählpräparat: 70075 weisse Blutzellen pro Cmm. 1833 einkernige (2,6 pCt.), 68242 mehrkernige (97,4 pCt.).

2) Trockenpräparate: kleine mononucleäre 4,2 pCt., neutr. polymorph. Leukocyten 5,8 pCt., eosinophile Leukocytenschatten 7,5 pCt., eosinophile Leukocyten 79,7 pCt., eosinophile Zwergkörperchen 3,4 pCt.

Nachdem eine Probe des Blutes einige Stunden im Reagircylinder unbeachtet gestanden hatte und die Blutkörperchen sich gesenkt hatten, tritt im Plasma oberhalb der Zellschicht doch noch eine schwache Gerinnung ein. Nach Entfernung dieses Gerinnsels und nach gründlichem Durchschütteln der Zellschicht untersuchte ich dieses Blut nochmals (Num. der zugehörigen mikroskop. Dauerpräparate XIII, 4) und fand im Wesentlichen dasselbe, nämlich:

3) Zählpräparat: 88069 weisse Blutzellen pro Cmm. 2832 einkernige (3,2 pCt.), 85237 mehrkernige (96,8 pCt.).

4) Trockenpräparat: kleine mononucl. 5,2 pCt., grosse mononucleäre 1,4 pCt., neutroph. polymorphk. Leukocyten 4,7 pCt., eosinophile Leukocytenschatten 7,1 pCt., eosinophile Leukocyten 80,1 pCt., eosinophile Zwergkörperchen 1,5 pCt.

Die höchst auffallende Erscheinung, die diese Untersuchung bietet, besteht darin, dass sich in dieser Blutprobe ein enorm grosser Procentsatz (79,1 pCt.) eosinophiler Leukocyten vorfindet und gleichzeitig die neutrophilen auf einen ganz geringen Procentsatz (5,8 pCt.) reducirt sind.

In einem Cmm. blutiger Flüssigkeit waren demnach ca. 56000 eosinophile Leukocyten.

Da eine schwache Gerinnung dieses Blutes erst eingetreten war, nachdem sich die Blutkörperchen schon gesenkt hatten, also nur das Blutplasma betraf, erscheint in dem nachgebliebenen Rest die Zahl der weissen Blutzellen relativ vermehrt, 88,096 pro Cmm. Das Verhältniss der Zellen zu einander war deswegen nicht gestört, auch hier waren 80 pCt. eosinophile Leukocyten.

7. April. Die Temperaturen sind fortdauernd normal gewesen. Patient hat sich gut erholt. Dämpfung nicht mehr nachweisbar. Trotzdem wird zwischen der IX. und X. Rippe mehr zur Axillarlinie hin noch eine Punction gemacht, die Anfangs kein Blut ergiebt; durch Hin- und Herziehen der Nadel, wobei sie wohl auch andere Theile, das Zwerchfell etc. getroffen haben mag, wird endlich eine geringe Quantität Blut gewonnen, das schnell spontan gerinnt.

Trockenpräparat (XVII): kleine mononucleäre 21,5 pCt., grosse mononucleäre 6,2 pCt., neutr. polymorphk. Leukocyten 11,0 pCt., Leukocytenschatten 4,4 pCt., eosinophile Leukocyten 56,2 pCt., eosinophile Zwergkörperchen 0,6 pCt.

Die schnelleintretende spontane Gerinnung dieses Bluts bestätigt die Vermuthung, dass in dieser Probe nicht nur extravasirtes Blut, sondern auch etwas Blut aus lebendem Gewebe mit enthalten war. Daraus erklärt sich auch seine von der zweiten Punctionsprobe abweichende Zusammensetzung.

9. April. Dämpfung vollkommen geschwunden. Ein Tropfen Blut aus der Fingerkuppe ergiebt folgende Zusammensetzung (Num. der mikroskop. Dauerpräparate XVIII).

Trockenpräparat: kleine mononucleäre Zellen 24,3 pCt., neutroph. polymorphk. Leukocyten 63,5 pCt., eosinophile Leukocyten 6,5 pCt., Myelocyten 5,6 pCt.

In diesem Blute sind eosinophile Leukocyten in reichlicher, fast vermehrter Menge vorhanden. Da mir bei meinen Untersuchungen im I. Theil meiner Arbeit grade um solches Blut zu thun war, wo ich das Verhalten der eosinophilen Leukocyten gegenüber dem Zerfall bei der Gerinnung studiren konnte, entnahm ich

21. April Blut durch Aderlass aus der Vena mediana dextra (mikroskop. Dauerpräparate XXIII, 2 und 4).

1) Vor der Gerinnung. Zählpräparat. 9189 weisse Blutzellen pro Cmm. 1833 einkernige (20,0 pCt.), 7356 mehrkernige (80,0 pCt.).

2) Vor der Gerinnung. Trockenpräparat. Kleine mononucleäre 16,0 pCt., grosse mononucleäre Zellen 2,7 pCt., neutrophile polymorphk. Leukocyten 57,1 pCt., neutrophile Leukocytenschatten 3,5 pCt., eosinophile Leukocyten 9,0 pCt., eosinophile Leukocytenschatten 7,1 pCt., Myelocyten 4,5 pCt.

3) Nach dem Defibriniren. Zählpräparat. 6642 weisse Blutzellen pro Cmm. 1569 einkernige (23,6 pCt.), 5073 mehrkernige (76,4 pCt.).

Gesammtverlust der weissen Blutzellen durch Defibriniren 27,7 pCt., Verlust der einkernigen 14,4 pCt., Verlust der mehrkernigen 31,0 pCt.

4) Nach dem Defibriniren. Trockenpräparat. Kleine mononucleäre 28,0 pCt., grosse mononucleäre 2,5 pCt., neutr. polymorphk. Leukocyten 43,6 pCt., Neutrophile Leukocytenschatten 2,5 pCt., eosinophile Leukocyten 11,5 pCt., eosin. Leukocytenschatten 3,5 pCt., Myelocyten 7,7 pCt.

Auch dieses Blut aus der Vene eines jetzt völlig gesunden Mannes ist sehr reich an eosinophilen Leukocyten (9,0), ferner auch noch abweichend durch seinen grossen Procentsatz eosinophiler Leukocytenschatten.

Epikrise.

In dem Fall Karl Westrick sind die Veränderungen, die ich in dem extravasirten Blut der Pleurahöhle gefunden habe, in mancher Beziehung anders, als im ersten Falle. Auch hier ist die Gerinnungsfähigkeit des Extravasats verloren gegangen, auch schon 3 Tage nach der Verletzung, wie die erste Punction erwies. Die Zahl der rothen Blutscheiben habe ich hier nicht bestimmt, weil mich die weissen Zellen ausschliesslich interessirten.

Die Zahl der weissen Blutzellen im Cmm. betrug schon am 3. Tage nach der Verletzung das fünffache der normalen. Das gegenseitige Verhältniss der ein- und mehrkernigen aber war ziemlich normal. Wenn wir nicht eine Auswanderung von Leukocyten aus den Pleurablättern annehmen wollen, so können wir die Vermehrung derselben nur durch eine sehr rasche Resorption der Blutflüssigkeit erklären. Die eosinophilen Leukocyten sind bei der ersten Punction dieses Hämatothorax nicht vermehrt. Sehr auffallend war aber die Thatsache, dass sich die neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten innerhalb des stagnirenden Hömatothoraxblutes im weiteren Verlauf in eosinophile Zellen verwandelt haben, wie die zweite Punction (6 Tage nach der Verletzung) zweifellos ergab: Es fand sich hier eine weitere (vielleicht relative) Zunahme der weissen Blutzellen, deren Zahl nun 70075 pr. Cmm. betrug. Von ihnen war nur noch 1833 (2,6 pCt.) einkernig und 68242 mehrkernig. Unter diesen zeigten etwa 56000 eine deutlich eosinophile Körnung.

Bei der dritten Punction (12 Tage nach der Verletzung) habe ich, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, wahr-



scheinlich kein reines Hämatothoraxblut erhalten, sondern ein Gemisch desselben mit gesundem Blut. Dennoch fanden sich auch hier statt der normalen 2—4 Procent 56 pCt. eosinophile Zellen. Diese auffallende Vermehrung eosinophiler Zellen lässt sich nicht durch eine Zunahme derselben innerhalb des circulirenden Blutes erklären, da eine solche, wie meine Versuche mit dem Aderlassblut desselben Patienten erwiesen, nicht vorlag; auch zeigte ja das Blut des Hämatothorax 3 Tage nach der Verletzung keine Vermehrung der eosinophilen Zellen. Es bleibt also nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten nur die sichere Annahme übrig, dass die neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten sich innerhalb des Hämatothorax in eosinophile Zellen verwandelt haben — eine höchst interessante Thatsache, für die uns bis jetzt klinische Analogien nicht vorliegen und für die zunächst keine ausreichende Erklärung gegeben werden kann.

Ich habe das Blut eines alten sonst gesunden Emphysematikers (Aderlassblut) unter aseptischen Cautelen aufgefangen und dasselbe sowohl frisch, als auch nach 10-tägigem Stehen untersucht: Eine Umwandlung der neutrophilen Leukocyten in eosinophile ist hier nicht zu Stande gekommen, wohl aber waren viele Zellen zerfallen und in Leukocytenschatten ähnliche Gebilde verwandelt.

Als zweite bemerkenswerthe Thatsache muss ich hier das zahlreiche Auftreten von eosinophilen Zwergkörperchen anführen, d. h. kleinen einkernigen Zellen, die sich von den normalen Lymphocyten dadurch unterscheiden, dass ihr Protoplasma sehr reich granulirt und eosinophil gefärbt ist und einen verhältnissmässig breiteren Raum einnimmt; ich halte diese Zellen für ein weiteres Stadium der schon im ersten Falle beschriebenen einkernigen granulirten Zellen.

Ein dritter höchst beachtenswerther Umstand aus der Krankengeschichte des Karl Westrick ist der, dass sich am 9. und 21. April in dem Blut der Fingerkuppe und in dem Venenblute dieses nunmehr ganz gesunden Mannes auffallend viel eosinophile Zellen fanden (6 pCt. bis 9 pCt.). Für eine gesteigerte Bildung derselben im Blut oder in den blutbereitenden Organen lag kein Grund vor. Es erscheint darum die Vermuthung berechtigt, dass von den zwischen den Pleurablättern eingeschlossenen Millionen eosinophiler Leukocyten ein Theil ins Blut gewandert ist.

Ein solcher Fall von Einwanderung eosinophiler Leukocyten in die Blutbahn giebt einen ziemlich brauchbaren Aufschluss über die Beziehungen local gebildeter eosinophiler Zellen zu der Eosinophilie des Blutes. Vielleicht handelt es sich bei Pemphigus, Eczem etc., wo eosinophile Zellen sowol in den Bläschen der Hauteruption als auch im Blut vermehrt gefunden wurden, um die 2 Vorgänge.:

1) um den, dass in den Bläschen durch den Einfluss des serösen Mediums alle extravasirten weissen Blutzellen in eosinophile verwandelt wurden und 2) darum dass ein Theil von diesen local in der Haut gebildeten eosinophilen Leukocyten den Weg zurück ins Blut fand.

Die Anschauung, dass das Knochenmark die «ausschliessliche» Bildungsstätte der eosinophilen Zellen sei, verliert dadurch immer mehr an Boden. In der Literatur lässt sich deutlich eine allmähliche Emancipation von dieser Anschauung verfolgen.

Müller und Rieder[3]) sprechen es direct aus: «Es ist auch kein Grund vorhanden, die Entwicklung der eosinophilen Zellen des normalen Blutes, die aus den feingranulirten Leukocyten durch Bildung der groben Körner im Zellleib derselben entstehen, gänzlich auf ein bestimmtes Organ (Knochenmark-Ehrlich) zu verlegen.» Zapperts[4]) Anschauung, dass alle eosinophilen Elemente in ihrer Entwicklung die Vorstufe einer neutrophilen Zelle passirt haben, hebe ich besonders hervor weil sie durch die von mir ermittelten Thatsachen bestätigt wird.

Meine Auffassung von den eosinophilen Zellen lässt sich folgendermassen präcisiren:

Alle Formen von weissen Zellen, die im Blute zu finden sind, können diejenige eigenthümliche Veränderung ihres Protoplasma erleiden, durch welche sie für die Färbung mit sauern Farbstoffen empfänglich werden, so dass man neben den die grosse Mehrzahl bildenden Zellen mit normalem tinctoriellen Verhalten eine Parallelreihe von eosinophilen Myelocyten, Leukocyten, Leukocytenschatten und Lymphocyten unterscheiden kann. Die Lymphocyten widerstehen am hartnäckigsten denjenigen Einflüssen, die auf eine Eosinophilie ihres Protoplasma hinzielen, aber den fortgesetzten Einwirkungen dieser Art erliegen auch sie und verwandeln sich in granulirte einkernige Zellen, deren Körnung der eosinophilen durchaus ähnlich ist (cf. Epikrise zum ersten Fall von Hämatothorax); die eosinophilen Zwergkörperchen bringen diese Veränderungen in noch höherem Grade zum Ausdruck.

Wodurch das Protoplasma der weissen Blutzellen acidophil (eosinophil) wird, lässt sich zur Zeit nicht angeben; aber da diese Umwandlung bei längerem Verweilen der Zellen im stagnirenden Blut des Hämatothorax immer zu erfolgen scheint, so wird dadurch unsere Aufmerksamkeit wieder auf ihre locale Entstehung gelenkt und damit die Richtung gegeben, in der sich weitere Arbeiten zu bewegen haben, um diese Erscheinung einer befriedigenden Erklärung näher zu bringen. Ich bedaure lebhaft, dass ich selbst durch äussere Umstände gezwungen bin, meine Untersuchungen hier abzubrechen.

Referate.

Buchner: Ueber die natürlichen Hülfskräfte des Organismus gegenüber den Krankheitserregern. (Münchener med. Wochenschrift № 30, 1894).

Zusammenfassender Vortrag über die Bedeutung des Blutes und der Leukocyten in der Abwehr der Infectionserreger, die nicht in der Phagocytose, sondern in der Production gelöster Stoffe ikren Grund hat. Das Gemisch von Serum plus Leukocyten, das Exsudat, zeigt beträchtlich stärkere abtödtende Wirkung auf eingebrachte Bakterien, als das Blutserum des gleichen Thieres und es behält diese höhere Wirkung im vollen Umfange, nachdem die Procedur des Gefrierenlassens und Wiederaufthauens mit ihm vorgenommen wurde. Nicht in jedem Falle wird der vermehrte Blutzufluss gegenüber Infectionserregern von Nutzen sein, wenn er auch, wie die Bier'schen Versuche bei Gelenktuberkulose zeigen, unter Umständen vortreffliche Wirkung hervorbringt. Vielleicht beruht diese nicht so sehr auf Blutstauung, als auf vermehrte Ansammlung von Leukocyten am Infectionsorte und das Gleiche könnte man für den heilenden Einfluss der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose voraussetzen. Das Blut kann also durch Zufuhr bakterienfeindlicher Stoffe heilend wirken, wobei natürlich die Qualität des Blutes eine grosse Rolle spielen muss. Es wäre von grosser Bedeutung, wenn man dahin käme, ausgedehntere Erfahrungen über den Gehalt des menschlichen Blutes an bakterienfeindlichen Stoffen, an Alexinen bei verschiedenen gesunden und krankhaften Zuständen zu sammeln. Nach einigen Versuchen mit Aderlassblut, die in B.'s Laboratorium ausgeführt wurden, besitzt das menschliche Blut eine ganz ausserordentlich hohe bakterienfeindliche Wirksamkeit. Sicherlich ist eine Steigerung der bakterienfeindlichen Qualität des Blutes möglich, wenn es gelingt, demselben mehr Leukocyten beizumengen. Das kann nach den bisherigen Experimenten an Thieren bestimmt angenommen werden. Man hat angegeben, dass beim Menschen durch kalte und heisse Bäder, durch Muskelanstrengung, durch Nahrungszufuhr etc. die Leukocytenmenge im

---

[3]) Müller und Rieder: «Eosinoph. Zellen im circul. Blut.» Deutsch. Archiv f. klin. Medicin, Bd. 48, 1891, pag. 108.

[4]) Zappert: «Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute.» Zeitschrift f. klin. Med., Bd. 23, 1893, pag. 305.



Blut gesteigert werden soll. Alles dies beruht noch auf relativ spärlichen Beobachtungen und es ist ausserdem ungemein schwierig aus den vereinzelten Capillarbezirken deren Blut man direct untersuchen kann, auf das Gesammtblut sichere Schlüsse zu ziehen, so dass es noch eingehender Arbeit bedarf, bis wir in diesen Dingen zu einer zuverlässigen Orientirung gelangen.
Weyert.

B. Oppler: Ueber Sarcina ventriculi. (Münchener med. Wochenschrift № 29, 1894).

Verf. stellte Züchtungsversuche an aus Mageninhalt, welcher Morgens aus dem nüchternen Magen von Patienten, die an mit Stagnation der Ingesta verbundenen Magenerkrankungen litten, mittelst Expression gewonnen wurde. Es konnten dabei 5 deutlich morphologisch und biologisch differenzirbare Arten Sarcina in Reincultur gewonnen werden: die schwefelgelbe, die zeisiggelbe, die weisse, die weisse nicht verflüssigende und endlich die orangegelbe Sarcine. Mit Ausnahme der IV Art. verflüssigen sie alle Gelatine. Fast immer wurden die Arten I und III, schon seltener II und IV angetroffen, die V. Species nur in 2 Fällen. Das Aussehen der einzelnen Pakete und grösseren Verbände der reingezüchteten Sarcine I und II unterschied sich in nichts von dem der Sarcina ventriculi. In älteren Culturen hatte sie jene gelblichbraune Färbung, welche wir auch an der Magensarcine oft beobachten können. Die loser gefügten Ballen der Arten III, IV, V zeigten die Abplattung des Einzelindividuums weniger deutlich; ganz übereinstimmend mit dem Verhalten dieser Species im Mageninhalt. Die Arten I–IV zeigen sich ungemein empfindlich gegen saure Reaction des Nährbodens; die geringste Menge Säure verhindert das Wachsthum vollständig und selbst bei neutraler Reaction fand nur kümmerliches Gedeihen statt. Die orangegelbe Sarcine wuchs auf saurem Nährboden fast noch üppiger als auf alkalischem und producirte den Farbstoff viel schöner und intensiver. Die alkalische Reaction des Nährbodens selbst wird von der Sarcine im Verlaufe des Wachsthums in eine saure umgewandelt. Die Culturen waren noch nach Monaten wohl erhalten und fortpflanzungsfähig.
Weyert.

Th. Spitschka: Ueber sogenannte Nerven-Naevi. (Archiv für Derm. und Syph. B. XXVII. 1. Heft).

Verf. beschreibt aus Prof. Pick's Klinik 3 derartige Fälle und giebt sehr instructive Abbildungen derselben. Bereits von Bärensprung wurde 1863 ein derartiger Fall beschrieben und als Folge einer angeborenen Erkrankung einzelner Spinal-Ganglien aufgefasst. Seither sind wiederholt Fälle von streifenförmigen Naevi mitgetheilt worden, deren Ausbreitung gewissen Nervenästen entsprach, so von Jadasohn und aus Moskau von A. Lanz.

Verf. kommt zum Schluss, dass trotz der verschiedenen Erklärungsarten, namentlich trotz der Fissuraltheorie Virchow's es doch am wahrscheinlichsten ist, dass man es ebenso wie bei Herpes Zoster auch bei einer Reihe von Naevi mit congenitalen Veränderungen der entsprechenden Spinalganglien zu thun hat.
O. Petersen.

M. Ferrand: Aeussere Anwendung von Guajacol. (La France médicale, № 16, 1894. Societé médicale des hopitaux. Sitzung vom 13. April 1894).

Vortragender empfiehlt gegen Neuralgien und Neuritiden eine Mischung von Guajacol und Glycerin zu gleichen Theilen. Der Erfolg bei Anwendung dieses Mittels, wobei die eingeriebene Stelle häufig noch mit einem Wachstuch bedeckt wurde, ohne dass eine entzündliche Affection der Haut eintrat war sehr gut; eine Erniedrigung der Temperatur hat Vortr. nicht beobachtet, wobei aber auch eine geringe Absorption eintrat, was Vortr. dadurch zu erklären sucht, dass das Guajacol mit Glycerin, einem sehr schwer absorbirbaren Mittel zu gleichen Theilen gemischt war. Will man eine Absorption des Guajacol haben, so muss man es gemischt mit einem leicht absorbirbaren Mittel oder in Form von Dämpfen (M. Lenossier) anwenden.
Grimm.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Mathon: Die chirurgische Nachbehandlung. Wien, Josef Safar 1894.

Verf., der seine chirurgische Ausbildung an der Albert'schen Klinik genossen hat, verdient gewiss den Dank der praktischen Aerzte für dieses Buch. Er behandelt in demselben im Zusammenhang, wie es bisher nirgends geschehen ist, die Maassnahmen vor und während der Operation, dann die allgemeinen Maassregeln während der Nachbehandlung, die Bedeutung der allgemeinen nach einer Operation auftretenden Symptome, die Nachblutung, die localen Vorgänge an der Wunde, endlich die Wundkrankheiten. Hervorzuheben ist, dass M., wohl in Uebereinstimmung mit Albert, bei vollkommener Würdigung der Asepsis, doch in bestimmten Fällen ausgedehnten Gebrauch von Antisepticis macht, sich also von Einseitigkeit fern hält.

Dem Chirurgen wird in dem Buch nichts Neues geboten, der praktische Arzt, namentlich aber der Landarzt, der Chirurgie treiben muss, ohne die nothwendige beständige praktische Uebung zu haben, wird viel Nutzen aus dem Werkchen ziehen, indem er auf eine grosse Zahl kleiner zweckmässiger Manipulationen und scheinbar geringfügiger Umstände, von denen aber oft ein guter Theil des Erfolges abhängt, aufmerksam gemacht wird. Auch Studirenden ist das Buch sehr zu empfehlen.
Wanach.

A. Schmitz: Mässigkeit oder Enthaltsamkeit? Neue Beiträge zur Alkoholfrage. Bonn, Hanstein's Verlag, 1894.

Verf., Besitzer einer Heilanstalt für Nervenkranke, Morphium- und Alkoholentwöhnung in Bonn, hat in dieser Broschüre seine drei auf dem IV. internationalen Congress gegen den Missbrauch geistiger Getränke in Haag im August 1893 gehaltenen Vorträge weiteren Kreisen zugänglich gemacht. Er ist Anhänger derjenigen Richtung, welche auf Mässigkeit im Alkoholgenuss hinarbeitet. Die von der anderen Richtung verlangte absolute Enthaltsamkeit ist in den seltensten Fällen zu erreichen. Der I. Vortrag fasst kurz die bekannten Thatsachen über die Wirkung des mässigen und unmässigen Alkoholgenusses auf den menschlichen Organismus zusammen und läuft in folgende Schlusssätze aus: 1) Alkoholische Getränke sind zur Erhaltung der Gesundheit nicht nothwendig. 2) Bei schweren, besonders infectiösen, Erkrankungen sind sie in der Hand eines gewissenhaften Arztes Medicamente erster Ordnung und kaum zu entbehren. 3) Im gesunden (sc. erwachsenen — Kindern gewohnheitsmässig Alkohol zu verabreichen ist ein Verbrechen) Organismus verursacht der Alkohol, in gutem, nicht verfälschten Zustande und in mässiger Menge genossen, keine nachtheiligen Folgen, äussert vielmehr in wohlthuender Weise seine physiologischen Wirkungen sowohl auf die einzelnen Organe, als auf den ganzen Körper. 4) Bei unvernünftigem, übermässigen Alkoholgenusse, oder auch beim Consum unreiner Spirituosen beobachten wir die schweren schädlichen Folgen schon bei sonst gesunden, hereditär nicht belasteten Menschen, besonders aber bei Individuen mit krankem, degenerirtem Nervensystem. Der II. Vortrag behandelt die Entmündigung wegen Trunksucht und stipulirt Folgendes: 1) Die Trunksucht ist eine Krankheit, kein Laster. 2) Trunksüchtige sollen in besonderen Anstalten ärztlich behandelt werden. 3) Unheilbare Trunksüchtige sind zu entmündigen. 4) Das Entmündigungsverfahren geschieht unter Zuziehung ärztlicher Sachverständiger analog demjenigen bei Geisteskranken. Im III. Vortrage wird ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel im Kampfe gegen den Alkoholismus erörtert, welches Verf. durch Aufnahme folgenden Paragraphs in ein zu erlassendes Trunksuchtsgesetz sanctionirt sehen möchte: «Trinkschulden und alle in offenbar betrunkenem Zustande gemachten Schulden (z. B. durch Kauf oder Spiel) sind nicht einklagbar». Dieser Punkt hat bisher nur in einigen Ländern Oesterreichs und in Schweden Gesetzeskraft erlangt.

Nicht allein Mitgliedern von Mässigkeitsvereinen, sondern Jedermann sei diese Broschüre wie auch des Verf. früheres Buch «Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung, Bonn, 1891», zur Lectüre warm empfohlen.
Michelson.

Prof. K. von Bardeleben und Dr. H. Haeckel: «Atlas der topographischen Anatomie des Menschen.» Jena, Verlag von Gustav Fischer 1894.

Der Atlas enthält 128 Holzschnitte und eine lithographische Tafel und einen kurzen erläuternden Text. Das Hauptgewicht ist, wie es sich für ein derartiges Werk geziemt, auf die Abbildungen gelegt. Die Auswahl dieser ist vorzüglich, die Ausführung meist tadellos. Abgesehen von wenigen, andern Werken entnommenen Abbildungen haben die Verfasser die Zeichnungen nach der Natur, d. h. zum Theil nach frischen Präparaten, zum Theil nach in Alkohol conservirten Gefrierdurchschnitten anfertigen lassen. Gerade die Durchschnitte durch verschiedene Körperregionen sind besonders gelungen. Die verschiedenen Gewebe und Organe sind verschieden colorirt und treten daher plastisch hervor. Dass die Lymphdrüsen mehr als sonst üblich berücksichtigt sind, verdient lobend hervorgehoben zu werden. Ref. möchte hier gleich den Wunsch hinzufügen, dass in der wohl bald zu erwartenden zweiten Auflage auch die grossen Lymphgefässe, wenigstens in den praktisch wichtigen Regionen (vordere und seitliche Brustgegend, Gesicht, Inguinalgegend) dargestellt werden mögen, da ihre Bedeutung z. B. bei der Operation malignet Neubildungen durchaus nicht überall gebührend gewürdigt wird, was zum Theil wenigstens in ihrer mangelhaften oder ganz fehlenden Behandlung seitens der Verfasser topographisch-



anatomischer Werke begründet sein dürfte. Ein weiterer Wunsch des Ref. wäre eine vielseitigere Darstellung der Gehirntopographie namentlich in ihrem Verhältniss zur Schädeloberfläche.

Der Text ist ausgezeichnet behandelt; er ist sehr kurz, erläutert die Bilder genügend und enthält eine grosse Fülle praktischer Bemerkungen. Die anatomische Nomenclatur ist bisweilen befremdend, doch muss man sich an sie gewöhnen, da sie sich an die von der Nomenclatur-Commission der anatomischen Gesellschaft acceptirten Bezeichnungen anlehnt.

Durch das Zusammenwirken eines hervorragenden Anatomen und eines tüchtigen Chirurgen ist demnach ein vorzügliches Werk entstanden, dessen Ersatz dem sehr verdienten Herrn Verleger seine Mühe und sein offenbar sehr coulantes Entgegenkommen reichlich vergüten möge. Wanach.

J. Scheff jun.: «Die Extraction der Zähne.» Wien, Alfred Hölder 1894.

Wer eine kleine Anzahl von Zahnextractionen gemacht hat und kein Unglück gehabt hat, wird diese für den Patienten so wohlthätige Operation für leicht halten. Wer dagegen seine Fälle nach Hunderten zählt wird wissen, dass man bei der Ausführung des anscheinend geringen Eingriffs unvermuthet auf grosse Hindernisse und Zufälle stossen kann, die dann eine für Arzt und Patienten fast gleich peinliche und qualvolle Situation bedingen. Ein Buch, das über alle Details, Schwierigkeiten, üblen Zufälle und Nachwirkungen der Zahnextraction in ausführlichster Weise Auskunft giebt, ist daher für Alle, die sich mit dieser Operation befassen müssen, von hohem Werth, besonders wenn es, wie das vorliegende, einen so hervorragend erfahrenen Operateur zum Verfasser hat. Das Buch müsste als lückenlos bezeichnet werden, wenn es auch die Anästhesirung der Kranken abhandeln würde; namentlich die so ausserordentlich werthvolle locale Cocainanästhesie, die dem Patienten meist jeden Schmerz vollständig erspart, hätte wohl hervorgehoben werden sollen. Vielleicht holt der Verf. das in der nächsten Auflage nach. W.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— E. Kemmerich hat mittels des Frey'schen Sphygmographen directe Pulsuntersuchungen bei Gebrauch von Kemmerich'schem Fleischpepton vorgenommen. Um die complicirende Wirkung der Verdauung auf den Puls auszuschliessen, wurden die Curven Vormittags aufgenommen; den Patienten, welche noch im Bette lagen, wurden etwa 30 G. Kemmerich'sches Pepton dargereicht, Pulscurven vor der Darreichung und in Zeitintervallen nach derselben aufgenommen. Die Untersuchungen ergaben, dass das Pepton in allen Fällen den Puls kräftigt. Die Wirkung ist ¾ Stunden nach der Einnahme am deutlichsten, beginnt aber häufig schon nach 15 Minuten und verschwindet ganz erst nach 6 Stunden. Als Ursachen sind die im Fleischpepton vorhandenen, die Ernährung des Herzmuskels begünstigenden, leicht resorbirbaren Albumosen und Peptone aufzufassen, ferner aber auch die Kalisalze und Extractivstoffe. (Berlin. klin. Wochenschrift, 10).

66. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Die Stadt Wien hatte in diesem Jahre zum dritten Mal die Ehre den Congress der deutschen Naturforscher und Aerzte in ihren Mauern zu beherbergen. Bereits i. J. 1832, also vor 62 Jahren hielten die deutschen Naturforscher und Aerzte zum ersten Mal und sodann i. J. 1856, also vor 38 Jahren, zum zweiten Mal ihre Versammlung in Wien ab. Als im Jahre 1856 der Congress in Wien tagte, stand die Wiener medicinische Schule im Zenith ihres Ruhmes und einer ihrer Koryphäen, der berühmte Anatom Joseph Hyrtl, welcher erst vor einigen Monaten gestorben ist, fungirte damals als Präsident des Congresses. Wie man erwarten konnte, übte die schöne Kaiserstadt an der Donau eine grosse Anziehung auf die Congressmitglieder aus, denn mehr als 4000 Theilnehmer hatten sich zum Congress eingefunden, darunter von medicinischen Capacitäten v. Bergmann, Leyden, Ziemssen, Eulenburg, Jolly, Mendel u. a. m.

Nachdem am Abend vorher zur Begrüssung der Mitglieder im Salon des Stadtparks ein Empfangsabend arrangirt worden war, fand am 24. September n. St. die erste allgemeine Sitzung im grossen Musikvereinssaale statt, wo auf der Estrade das lebensgrosse Bild des soeben hingeschiedenen grossen Naturforschers Herm. v. Helmholtz unter Palmen aufgestellt war. Den Congress eröffnete als erster Geschäftsführer der greise Wiener Botaniker, Prof. Kerner von Marilaun (einer von den wenigen, welche noch den i. J. 1856 in Wien tagenden Naturforschercongress miterlebt haben) mit einer längeren Ansprache in welcher er ein Bild des gegenwärtigen Standes der Natur- und Heilwissenschaften in Wien entrollte und den Entwickelungsgang schilderte, welchen dort die Naturforschung und die medicinische Wissenschaft eingehalten haben. Nachdem sodann der österreich. Unterrichtsminister v. Madeyski die Versammlung im Namen der Regierung und der Bürgermeister Dr. Grübl im Namen der Stadt Wien begrüsst hatten, ergriff der erste Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. Suess (Wien), das Wort, um den hervorragendsten verstorbenen Mitgliedern Joseph Hyrtl, Heinr. Hertz und Herrm. v. Helmholtz einen warmen Nachruf zu widmen. An die Wittwe des Letztgenannten wurde von der Versammlung ein Beileidstelegramm gesandt. Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete Prof. Leyden (Berlin) mit einer Rede über den berühmten Wiener Organisator der medicinischen Anstalten «Gerhard van Swieten und die moderne Klinik,» worauf der Physiker Prof. Mach (Prag) «über das Prinzip der Vergleichung in der Physik» sprach. Am nächsten Tage begannen die einzelnen Sectionen ihre Arbeit. Von grossem Interesse waren, wie schon auf dem internat. hygienischen Congress in Budapest, so auch in Wien die Verhandlungen über die Diphtherie und geradezu Aufsehen erregten die Mittheilungen über die aus der Koch'schen Schule hervorgegangene Blutserumtherapie des Prof. Behring aus Berlin, auf welche wir nächstens näher eingehen werden. Zum nächstjährigen Versammlungsort wurde Lübeck und zu Geschäftsführern des nächsten Congresses Senator Dr. Brehmer und das Mitglied des Medicinal - Collegium von Lübeck, Dr. med. Eschenburg gewählt. Mit dem Congress war eine medicinisch chirurgische, historische und Lehrmittel Ausstellung verbunden, welche, wie allgemein anerkannt wird, durch ihre Reichhaltigkeit und Gediegenheit alle ihre Vorgängerinnen auf den Naturforscherversammlungen übertraf.

Vermischtes.

— In verschiedenen Tagesblättern lesen wir, dass der Universität Jurjew (Dorpat) 2 schwere Verluste bevorstehen. Es heisst, dass Professor Dragendorff und Professor Körber ihre Lehrthätigkeit an der Universität aufzugeben gedenken. Der «Wratsch» fügt dieser Nachricht den Wunsch hinzu, dass für die vacant werdenden Lehrstühle Personen ernannt werden, die dieser Ernennung wirklich würdig sind.

— Am 30. September sind 25 Jahre seit der Gründung des bekannten hiesigen Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, aus dem eine grosse Anzahl unserer besten Kinderärzte hervorgegangen ist, verflossen. Die Feier sollte, dem «Wratsch» zufolge, eine interne sein, wie sie auch sonst an den Jahrestagen üblich ist.

— In der Nr 37 des «Wratsch» finden wir eine höchst auffallende Notiz. In verschiedenen hiesigen Zeitungen war die Nachricht erschienen, dass der bekannte Chirurg Professor E. W. Pawlow nach Ablauf einer 25jährigen Lehrthätigkeit die militair-medicinische Academie verlässt. Professor Pawlow bittet nun die Redaction des «Wratsch» zu erklären, dass er bis zum 10. September von seiner Entlassung nichts gewusst habe, als was in den Zeitungen gedruckt war und von dem erfolgten Befehl erst erfuhr, als er bei seinem Erscheinen in der Academie seinen Namen aus dem Verzeichniss der Vorlesungen gestrichen fand! — Prof. Pawlow beabsichtigt im Gebäude des Rothen Kreuzes oder in der Heilanstalt der Alexander-Gemeinschaft unentgeltlich Curse der Kriegschirurgie und Verbandlehre für Aerzte und ältere Studenten zu eröffnen.

— Bei der zu Beginn des II. Semesters 1894 stattgehabten Immatriculation an der Universität Jurjew (Dorpat) sind, wie die «N. Dörpt. Ztg.» berichtet, im Ganzen 57 Personen in die Zahl der Studirenden neu aufgenommen worden, und zwar wurden für die theologische Facultät 22, für die medicinische 19, für die juristische und die physiko-mathematische Facultät je 8 Studenten inscribirt. Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden (abgesehen von den bekanntlich nicht mehr den Studirenden beigezählten Pharmaceuten) an diesem Tage 1204, von denen 719 zur medicinischen Facultät gehören.

Die Zahl der Studirenden weist somit eine erhebliche Abnahme auf und namentlich fällt der geringe Zudrang zum Studium der Medicin auf.

— Ernannt: Der Oberarzt des Leibgarde-Ssemenowschen Regiments, Ehren-Leibchirurg Collegienrath Dr. Weljaminow — zum ausseretatmässigen Arzt des Kaiserlichen Hauptquartiers, unter Enthebung von dem Amte beim Ssemenowschen Regiment.

— Verstorben: 1) Am 10. September in Jurjew (Dorpat) der frühere Fabrikarzt Dr. Alexander Lackschewitz nach langer Krankheit im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung



auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1853 bis 1858 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Doctorexamens war L. viele Jahre Kirchspielsarzt zu Rappin, dann Arzt der Fabrik Quellenstein in Livland. 2) Am 11. September zu Reval Dr. Paul Stöckerius an einem chronischen Lungenleiden im 28. Lebensjahre. Erst vor Kurzem hatte der Verstorbene das Doctordiplom an der Universität Jurjew (Dorpat) erlangt und nur wenige Monate war es ihm vergönnt in Wesenberg (Estland) die ärztliche Thätigkeit auszuüben. 3) In der Nähe der Station Ssiwerskaja an der Warschauer Eisenbahn der frühere Polizeiarzt des Narvschen Stadttheils in St. Petersburg W. T. Nikitin, im Alter von 62 Jahren. 4) In Krinica der Kreisarzt von Grodisk (Gouv. Warschau) und Arzt der Warschau-Wiener Eisenbahn, Michael Bojasinski, im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein fleissiger Mitarbeiter der polnischen med. Zeitschrift «Medycyna». 5) In St. Petersburg der Abtheilungschef in der Ober Militär-Medicinalverwaltung, Dr. W. P. Dianin, im Alter von 45 Jahren. Seine Doctordissertation bezieht sich auf die therapeutische Verwendung der Chlorphenole. 6) In Wien am 23. August der frühere Professor des Sanitätswesens an der Wiener Universität, Dr. Freiherr von Mundy, durch Selbstmord im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Studien in Würzburg gemacht hatte, war bekannt durch seine Samariter-Thätigkeit in allen Kriegen der letzten Jahrzehnte, sowie als Vertreter der oesterreichischen Regierung auf den meisten internationalen Sanitätsconferenzen und Begründer der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft. Für die Realisirung seiner humanitären Ideen wirkte er unermüdlich in Wort und Schrift und zahllos sind seine Publicationen auf dem Gebiete der Psychiatrie und des Sanitätswesens. 7) In Berlin Professor Dr. Oscar Fräntzel, der sich um die klinische Medicin grosse Verdienste erworben hat, im Alter von 56 Jahren. Als Schüler und Assistent Traube's machte er sich zur Hauptaufgabe die Forschung am Krankenbett, wozu er als Leiter der inneren Abtheilung des Augustahospitals und gleichzeitig leitender Arzt an der Charité reichliche Gelegenheit hatte. Am bekanntesten ist sein Name geworden durch seine Arbeiten über Herzkrankheiten und namentlich seine Vorlesungen über Herzkrankheiten. Er hat das Verdienst als erster auf eigenartige Herzerkrankungen in Folge übermässiger körperlicher Anstrengung aufmerksam gemacht zu haben. Vor zwei Jahren sah er sich durch körperliche Leiden gezwungen, seine Lehrthätigkeit und klinische Wirksamkeit aufzugeben.

— Auf dem in Wolmar vom 5.—7. Sept. abgehaltenen 6. livländischen Aerztetage wurde für das nächste Jahr als Zusammenkunftsort Wenden bestimmt, als Zeit Mitte September festgesetzt, da die ersten September-Tage den Collegen aus Estland ungünstig sind, da sie um diese Zeit besonders beschäftigt sind. Zum Vorstande für das nächste Jahr wurden gewählt: Dr. Truhart (als Präses), Dr. Sokolowsky (als Secretair) und Dr. Kiwull als Kassaführer.

Trotz der relativ geringen Zahl der Theilnehmer (nur 47) verlief der Aerztetag äusserst animirt und zeichnete sich durch zahlreiche äusserst gediegene Vorträge aus. Namentlich hinterliessen die Vorträge des letzten Tages tiefen Eindruck auf die Anwesenden. Die Vorträge und Protokolle erscheinen demnächst in unserer Wochenschrift. P.

— Der erste französische Congress für innere Medicin findet in Lyon vom 25. bis zum 29 October a. c. statt. Zur Verhandlung gelangen folgende 3 Hauptthemate: Aetiologie und Pathogenese des Diabetes (Referenten: Lancereaux und Lépine); klinische Bedeutung des Magenchemismus (Ref. Hayem und Bourget); Aphasie (Ref. Bernheim und Pitres).

— Der Professor der allgemeinen Therapie und Diagnostik an der Warschauer Universität, Dr. Tumas hat Krankheits halber seine Lehrthätigkeit aufgegeben und ist an seiner Stelle der Docent Dr. Senez zum Professor für diese Fächer ernannt worden.

— Den durch den Tod Prof. Chomjakows erledigten Lehrstuhl der Hospitalklinik in Kasan hat Professor Kotowschtschikow, welcher bisher die Professur für ärztliche Diagnostik inne hatte, übernommen. An des letzteren Stelle soll nach dem «Wratsch» der Privatdocent Dr. Kasem Bek ernannt worden sein.

— Vor Kurzem vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. Immanuel Bonwetsch in Saratow die Doctorwürde an der Dorpater Universität erlangte. Der Jubilar, welcher seit 24 Jahren als Arzt in Saratow thätig ist, geniesst daselbst allgemeine Liebe und Achtung unter den Collegen und in der Bevölkerung. Die Saratowsche physiko-medicinische Gesellschaft hat, wie wir dem «Wratsch» entnehmen den Beschluss gefasst, Dr. Bonwetsch das Ehrenmitgliedsdiplom und ein Album mit den Photographien aller Mitglieder der Gesellschaft darzubringen.

— Wie wir der «Russ. Medizina» entnehmen, ist Dr. P. A. Stachowski zum Stadthaupt der Stadt Uman (Gouv. Kiew) und Dr. Lewon Tigraneanz zum Stadthaupt von Eriwan gewählt worden. Dr. Tigraneanz ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er i. J. 1875 die Venia practicandi erlangte. Nachdem er successive Polizeiarzt in St. Petersburg, Militärarzt während des russisch-türkischen Krieges und Stadtarzt in Eriwan (1879—85) gewesen, hielt er sich wieder einige Zeit in Dorpat und Wien auf.

— Den Studirenden des V. Cursus der militär-medicinischen Academie Jemeljanow, Sembrzicki, Pickel und Topolski sind für ihre eifrige Theilnahme an der Bekämpfung der Choleraepidemie i. J. 1892 goldene Medaillen zum Tragen auf der Brust am Annenbande verliehen worden.

— Professor Dr. H. Lenhartz in Leipzig ist zum ärztlichen Director des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg erwählt worden und giebt daher seine Lehrthätigkeit an der Leipziger Universität auf.

— Der Senior der Kissinger Badeärzte, Geh. Hofrath Dr. Oscar Diruf sen., beging am 18. Sept. n. St. seinen 70. Geburtstag. Die Stadt Kissingen hat ihn in Anbetracht seiner Verdienste um den Badeort, an welchem er bereits 36 Jahre wirkt, zum Ehrenbürger ernannt.

— Zum Nachfolger des Professors Stellwag von Carion, welcher wegen vorgeschrittenen Alters seine Lehrthätigkeit an der Wiener Universität aufgegeben hat, ist Prof. L. Mauthner ernannt und ihm die Leitung der Augenklinik an Wiener allg. Krankenhause übertragen worden.

— Zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Halle ist der Assistent am Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, Stabsarzt Dr. Emil Behring, dessen Blutserumtherapie der Diphtherie auf den letzten Congressen so grosses Interesse erweckte, ernannt worden. Vorläufig ist demselben die Leitung des hygienischen Instituts daselbst übertragen worden, da Prof. C. Fränkel, welcher an Prof. Renk's Stelle aus Marburg nach Halle berufen ist, die Professur der Hygiene in Halle erst zu Ostern 1895 übernimmt.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg nähert sich dem Erlöschen, wenn auch noch immer einige Neuerkrankungen täglich vorkommen. Vom 21.—26. Sept. Mittags erkrankten 15 Personen, genasen 11, starben 6 und verblieben am 26. Sept. in Behandlung 24 Cholerakranke (gegen 26 am 21. Sept.) Nach unserer Zusammenstellung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni d. J. bis zum 26. September Mittags in St. Petersburg 4557 Personen erkrankt, 2288 genesen und 2222 gestorben. Auch in allen Theilen des Reiches ist eine Abnahme der Epidemie zu constatiren.

Im Gouvernement St. Petersburg sind vom 11. bis 17. Sept. 28 Personen erkrankt und 7 gestorben. Eine grössere Anzahl von Erkrankungen sind in den 46 von der Seuche heimgesuchten Gouvernements und Städten nur noch in den Gouvernements Podolien (290 Erkr., 142 Todesf.), Ssaratow (162, resp. 56) und Bessarabien (157, resp 63) vorgekommen; in den übrigen betrug die Zahl der Erkrankungen meistentheils weniger als 50. In Livland sind vom 4.—10. Sept. 18 Erkr. mit 11 Todesf. und in Kurland 28 Erkr. und 21 Todesf. constatirt worden, während Estland cholerafrei ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. September d. J. 5630 (131 weniger als in der Vorwoche), darunter 164 Typhus — (19 weniger), 761 Syphilis — (28 mehr), 136 Scharlach — (10 mehr), 36 Diphtherie — (12 mehr), 23 Masern — (2 mehr), 12 Pocken — (= d. Vorw.) und 18 Cholerakranke (7 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Ardatow (Gouv. Nishni-Nowgorod). Gehalt 1300 R. jährlich nebst freier Wohnung bei dem Karamsin'schen Krankenhause, dessen Leitung der Arzt zu übernehmen hat. Adresse: «Ардатовская Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt zur Leitung eines Landschaftshospitals im Waldai'schen Kreise (Gouv. Nowgorod) gesucht. Gehalt 1200 R. jährlich nebst freier Wohnung. Adresse: «Валдайская Земская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Jelna (Gouv. Smolensk). Gehalt 800 R., Quartiergeld 200 R. und Kanzleigelder 10 R. jährlich. Adresse: «Ельнинская Земская Управа».

4) Es wird ein freipracticirender Arzt für einen Ort gesucht. Die Einnahmen von der Praxis betragen 1500 R. jährlich. Nähere Auskünfte ertheilt: С. Давыдовъ, станція Дмитровка Либ.-Ром. ж. д., Черниг. губ.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. October.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 24. October.

Дозв. ценз. Спб. 1 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 8. (20.) October **1894**

Ein Fall von sog. „idealer" Cystico-Lithectomie.

(Mittheilung aus dem Revaler Diaconissenhause).

Von

Dr. med. W. Greiffenhagen.

Im 48. Bande des Langenbeck'schen Archivs für klin. Chirurgie hat Dr. H. Kehr[1]) (Halberstadt) über 5 von ihm mit gutem Erfolge ausgeführte Operationen von Cysticussteinen berichtet und die von ihm geübte Technik daselbst ausführlich wiedergegeben. Kehr, der eine grosse Erfahrung auf dem Gebiete der Gallensteinoperationen besitzt, ist Anhänger der einzeitigen Operationen und hat mit ihnen vortreffliche Resultate erzielt.

Auch die Cystico-Lithectomie hat er einzeitig ausgeführt, insofern er der Incision des Ductus cysticus und der Extraction des Steines den sofortigen Verschluss durch die Naht folgen liess. Dabei übt er aber methodisch die gleichzeitige resp. vorausgeschickte Anlegung einer Gallenblasenfistel, welche «als Sicherheitsventil die beste Garantie für die Heilung der Cysticusnaht bietet». Lindner[2]) hatte schon vor Kehr die Incision des Cysticus und Extraction eines Steines aus demselben mit nachfolgender Naht ausgeführt, jedoch nach vorausgegangener Ligatur des Duct. cysticus und Exstirpation der Gallenblase. Die sogenannte ideale Cystico-Lithectomie d. h. die Entfernung von Steinen aus dem Ductus cysticus durch Incision mit nachfolgender Naht und Versenkung ohne Anlegung einer Gallenblasenfistel ist meines Wissens bisher nicht ausgeführt, resp. über eine derartige Operation nicht berichtet worden. Bei Kehr finde ich die Notiz, dass Küster in einem solchen Falle Gallenblase und Cysticus incidirt, genäht und sofort versenkt hat. Theoretisch ist die Möglichkeit einer solchen Operation schon mehrfach erwogen worden. So sagt z. B. Courvoisier[3]) «Die Excision von Concrementen aus dem Ductus cysticus mit nachfolgender Naht der Oeffnung ist bis jetzt noch nie ausgeführt, wäre aber ganz am Platz in Fällen, wo kein Grund vorläge die Gallenblase zu incidiren». Auch Riedel[4]) giebt zu, dass es unter Umständen indicirt sein könne den Cysticus einzuschneiden, wenngleich er selbst keinen solchen Fall erlebt hat und sich offenbar nicht leicht dazu entschliessen würde. «Möglich ist ja, sagt Riedel in seiner bekannten Arbeit, dass eventuell bei sehr grossem Steine im Ductus cysticus der Schnitt in denselben indicirt sein kann — ich würde ihn sehr ungerne machen wegen der Lage des Ductus cysticus unter der Leber, der Ductus choledochus eignet sich viel besser zur Incision — für gewöhnlich bedarf es eines solchen Schnittes nicht mit vorhergehender grosser Incision durch die Bauchdecken; es gelingt von der Gallenblasenfistel aus die Steine langsam zu extrahiren, oder sie kommen von selbst zum Vorschein, nachdem der Ductus abgeschwollen ist.» Falls die Steine sehr gross sind empfiehlt Riedel von der Gallenblasenfistel aus den Stein mit dem Fingernagel allmählich anzukratzen und zu zerbröckeln; tiefer sitzende Steine, welche dem Finger unzugänglich sind, räth er mit dem Gallensteinfänger (eventuell nach Dilatation des verengten Ductus mit Laminariastiften) zu entfernen. Es muss gewiss zugegeben werden, dass wir nicht unnütz grosse Bauchschnitte machen sollen, weil sie die Gefahr späterer Hernienbildung involviren, auch wird in den meisten Fällen das zweizeitige Verfahren — Etablirung einer Gallenblasenfistel nach Riedel und abwartendes Verhalten, (nach etwa erfolglosen Extractionsversuchen) am Platze sein, dass es aber dennoch Fälle giebt wo der Chirurg sich gezwungen sieht, den Ductus cysticus direct zu öffnen, das lehren die Beobachtungen Kehr's und der von mir operirte Fall. Kehr hat in seinen beiden ersten Fällen alle nur erdenklichen Experimente ver-

[1]) v. Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurg. 1894. B. XLVIII. pg. 619.
Derselbe: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1894. B. XXXVIII. pag. 362.
[2]) Berlin. klin. Wochenschrift, 1892, № 11, pag. 240.

[3]) Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890. cit. nach Lindner.
[4]) Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus. Berlin, 1892. Hirschwald.

sucht ohne den gewünschten Erfolg — die Schleimfistel persistirte, weil der Stein sich nicht rührte; erst die Cystico-Lithectomie resp. Choledochotomie brachten die langersehnte Heilung. Diese Erfahrungen veranlassten ihn in den folgenden Fällen die Methode der primären Cysticotomie zu üben und sich von der Brauchbarkeit derselben zu überzeugen. Nachdem Kehr noch im Jahre 1893 ausdrücklich betont hatte, dass man zu dieser Operation «auf keinen Fall sofort» berechtigt sei, sondern erst, nachdem man alle Instrumente umsonst angewandt hätte und Monate des Abwartens verflossen seien — stellt er in seiner neuesten Arbeit[5]) folgende Indicationen auf: «Habe ich die Ueberzeugung, dass der Stein sich niemals lockern wird, fühle ich, dass er zu gross ist, um sich durch den oft eingeschnürten Cysticuszugang durchzudrücken, gestattet der Zustand des Patienten ein weiteres Operiren, komme ich gut an den Cysticus heran, so dass ich einer exacten Nahtlegung sicher bin, ist ein sofortiges Freimachen der Cysticuspassage zwecks Drainage des Gallensystems nothwendig, so entschliesse ich mich zur sofortigen Cystico-Lithectomie».

So warm Kehr für die primäre Incision und Naht des Cysticus eintritt, so entschieden bekennt er sich als Gegner der «idealen» Methode d. h. der Versenkung des genähten Cysticus ohne äussere Gallenblasenfistel, weil er sie als «Sicherheitsventil» für die sich eventuell stauende Galle nicht entbehren will und ausserdem der temporären Drainage der Gallenblase einen heilsamen Einfluss auf die Gallenblasenschleimhaut zuschreibt. Auch Riedel, der eifrigste Vorkämpfer für die zweizeitige Cystostomie glaubt «dass die Drainage zur Gesundung der Gallenblase und Gallengänge sehr dienlich ist. Sie haben lange unter abnormen Verhältnissen existirt, z. Th. unter hohem Druck gestanden; es erscheint doch wichtig, sie zeitweilig gänzlich vom Drucke zu entlasten... Die Epithelien erholen sich vielleicht besser, wenn die Galle abfliessen kann, der Ductus cysticus schwillt eben nach Entleerung der Gallenblase ab und die in ihm steckenden Steine wandern langsam zurück in die Gallenblase, ihrer Schwere entsprechend den Weg nach unten einschlagend, zumal kein Druck seitens der Gallenblase sie mehr nach oben treiben kann».

Am meisten betont aber Riedel die Nothwendigkeit der vorübergehenden Drainage im Hinblick auf die «Controlle darüber ob die Operation vollständig gelungen ist oder nicht. Sind Steinchen nachgeblieben — und dieselben sitzen mit Vorliebe im Ductus cysticus — so können dieselben bei bestehender Fistel leicht entfernt werden resp. sich spontan ausstossen, bei der idealen Methode würden sie Ursache eines Recidivs werden können».

In vollem Umfange schliesse ich mich den Bedenken der Autoren gegen die principielle Bevorzugung der idealen Methode an, möchte aber auch, wie sie selbst es theoretisch schon gethan, an die Ausnahmen von der Regel erinnern, die ja, wie immer, die Regel nur bestätigen helfen. Ich verweise dabei nochmals auf die oben citirten Worte Courvoisiers und füge noch diejenigen Kehr's hinzu: «Dass bei weitem Cysticus nach der Excision des obturirenden Steines der Gallen- Zu- und Abfluss gut von Statten gehen kann, und somit bei nicht incidirter Gallenblase die Naht unter keinen hohen Druck zu kommen braucht, will ich gern zugeben». Einen solchen Ausnahmefall habe ich kürzlich beobachtet und erlaube mir die betreffende Krankengeschichte zu veröffentlichen:

Anamnese: Frau K. W. 64 a. n. giebt an in frühern Jahren einmal den Abdominaltyphus und einige kurzdauernde fieberhafte Krankheiten durchgemacht zu haben. Vor 3 Jahren hat sie 4 Wochen hindurch an einer «Magenaffection» gelitten, welche sich in Erbrechen, Leibschmerzen und Durchfällen äusserte. Seit der Zeit will sie, bis auf Neigung zur Obstipation, keinerlei Verdauungsstörungen, auch keine Leber- resp. Gallenblasensymptome gehabt haben. Am 1. Mai 1894 fühlte Pat. auf einem Spaziergange plötzlich einen Druck in der Lebergegend der sich allmählich zu einem starken Schmerz steigerte, welcher sie zwang das Bett zu hüten. Der hinzugerufene Arzt erklärte das Leiden für eine Wanderniere. Dieser Anfall dauerte einen Tag um dann völliger Euphorie Platz zu machen. Nach ca. 14 Tagen folgte ein zweiter noch heftigerer Anfall derselben Art: Leibschmerzen, leichter Meteorismus. Erbrechen. Dieser Anfall dauerte mehrere Tage und wurde durch Morphium und Opium behoben. Von Ende Mai ab gab es nur kurz (1—2 Tage) dauernde Pausen und die sich häufenden Anfälle steigerten sich in ihrer Intensität. Durch das quälende Erbrechen war jede Nahrungsaufnahme unmöglich geworden und die Kräfte schwanden sichtlich. Der nun hinzugerufene College Dr. Knüpffer fand einen prall elastischen Tumor unterhalb der Leber, diagnosticirte Gallensteinkolik und überwies die Kranke mir zur chirurgischen Behandlung. Aufnahme ins Diaconissenhaus am 2. Juni 1894 Abends.

Stat. praes: 64 jährige stark abgemagerte Frau von blassem schwerkrankem Aussehn. Periphere Arteriosclerose. Herztöne schwach aber rein, Puls 110, Temper. 37.5. Habituelle Obstipation. Sonstige Organsysteme normal. Leib wenig aufgetrieben, keine Asymmetrieen. Unter dem rechten Leberrande, welcher einen Querfingerbreit tiefer als normal steht ist in der Parasternallinie deutlich ein weicher, fluctuirender Tumor fühlbar, nach allen Seiten hin verschieblich, von der Grösse eines grossen Hühnereis und von birnförmiger nach oben sich verjüngender Gestalt. Die Untersuchung dieser Geschwulst ist sehr schmerzhaft, daher lässt sich der Inhalt nicht genau feststellen, obgleich die Bauchdecken sehr dünn und schlaff sind; nur bei Berührung der Lebergegend spannen sich reflectorisch die recti straff an. Subjectiv klagt Pat. über heftige Schmerzen in der Lebergegend, Uebelkeit und Erbrechen. Pat. erhält ein Bad, Morph. subcutan, einen Eisbeutel auf die schmerzhafte Geschwulst und soll am nächsten Morgen operirt werden.

3. Juni. M. T. 38,4, P. 112 sehr schwach. Die Nacht ist sehr unruhig gewesen: fortwährendes Erbrechen, quälende Schmerzen. Leib druckempfindlich, aufgetrieben. Gallenblase sehr schmerzhaft. Es wird, weil die Pat. sehr collabirt ist, von der Operation zunächst Abstand genommen. Ordin. Opium und Morph., Eisbeutel, Ernährung mit Milch und Wasser. A. T. 36,4. P. 104. Nachlass der Symptome. In den nächsten 4 Tagen stieg die Temperatur nur einmal auf 38,0, hielt sich sonst zwischen 36,1 und 37.9; die Schmerzen bessern sich; nach Karlsbader Salz mehrere Stühle; die Gallenblase verkleinert sich, so dass am 7. Mai kein Tumor mehr nachweisbar ist. Erbrechen und Uebelkeit schwinden, Appetit stellt sich ein, Pat. erholt sich.

Am 13. Juni lässt sich bei der Untersuchung unter dem Leberrande wieder ein kleiner Tumor fühlen und es stellen sich, wenn auch in geringerem Grade, die alten Schmerzen wieder ein. M. T. 36,1, P. 64. A. T. 36,6, P. 75.

14. Juni Operation in Morph. Chlorof.-narcose (Ich hatte die Absicht unter Cocaïn zu operiren und zu dem Behufe 2 Pravaz'sche Spritzen voll einer 5 pCt. Lösung in die Bauchhaut injicirt, das hatte jedoch nur Uebelkeit und Erbrechen, nicht aber die geringste Analgesie zur Folge). 9 Ctm. langer Schnitt vom 9. Rippenknorpel an, am lateralen Rectusrande. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich das Peritoneum pariet. verdickt, stark injicirt. Sofort präsentirt sich ein schlaffer c. 12 Cm. langer birnförmiger Sack, dessen äussere Hülle ganz einer chronisch entzündeten Darmserosa gleicht, auch die Palpation ergiebt genau denselben Befund, wie wenn man Darmschleimhaut an einander verschiebt. Die Orientirung ist durch vielfache flächenhafte Adhäsionen nach allen Seiten hin sehr erschwert. Nach stumpfer Lösung derselben, lässt sich allmählich mit Sicherheit feststellen, dass der vorliegende Sack die chronisch entzündete Gallenblase ist, welche in ihrem Halstheile mit Netz, Quercolon und unterer Leberfläche ringsum verbacken ist. Der palpirende Finger stösst nach links oben vom Gallenblasenhalse auf einen harten c. wallnussgrossen Körper, über welchem sich die Wandungen des Canals, in welchem er steckt ein wenig hin und herschieben lassen. Zwischen Gallenblasenhals und hartem Körper (offenbar einem Gallenstein) kann der Finger ein c. 2 Ctm. langes, etwas gewundenes Stück des Ductus cysticus abtasten, welcher hier etwa federkieldick ist, um sich dann plötzlich über dem Stein zu erweitern und nacher wieder entsprechend zu verengen. Ductus hepat. und choledoch. lassen sich der vielen Adhäsionen wegen nicht dem Auge zugänglich machen, wohl aber glaubt der untersuchende Finger links unterhalb des Steines den Ductus choledoch. und das Duodenum, beide ohne abnormen Inhalt abpalpiren zu können. Da die Gallenblase keinerlei Concremente enthält und an ein Verschieben des Cysticussteines sei es in die Gallenblase zurück, sei es in den Choledochus nicht im Entferntesten zu denken ist wegen der nach beiden Seiten hin plötzlich eintretenden Verengerung. wird die Incision des D. cysticus und die directe Extraction beschlossen, zumal da sich der Cysticus trotz der Adhäsionen im Zusammenhang mit

[5]) Archiv für Chirurgie. B. 48, pag. 626.

der Gallenblase gut der äusseren Wunde nähern liess. (Die Gallenblase konnte man ohne jegliche Zerrung bis vor die Bauchwunde bringen). Nach Anlegung zweier Haltezügel und Ausstopfung der Umgebung mit steriler Gaze wird der Cysticus direct über dem Stein durch einen 3 Ctm. langen Schnitt eröffnet und der Stein herausgewälzt. Sofort fliesst Galle nach. Während der Cysticus zwischen 2 Fingern comprimirt und zugleich an den Haltezügeln emporgehoben wird, so dass fast gar keine Galle ausfliesst, wird die Wunde mit feinen Serosaseidennähten in 2 Etagen geschlossen. Nach Entfernung des comprimirenden Fingers füllte sich der Cysticus sofort prall mit Galle, wobei noch 2 undichte Stellen entdeckt wurden, welche durch Nähte geschlossen wurden. Nun hält die Naht vollständig. Es folgt eine nochmalige sorgfältige Revision auf eventuell übersehene Concremente, da sich aber Nichts findet wird die Bauchhöhle mit sterilisirter Kochsalzlösung abgetupft, die Gallenblase und der genähte Cysticus versenkt und die Bauchwunde durch Seidennähte vollständig geschlossen.

Der weitere Verlauf war völlig reactionslos. Am 8. Tage wurden die Nähte entfernt. Die Wunde war per I. int. geheilt. Pat. verliess am 10. Tage das Bett und am 17. Tage geheilt die Anstalt. Bis zum heutigen Tage hat Pat. keinerlei Beschwerden gehabt, fühlt sich vollkommen gesund und hat ihre Arbeit in vollem Umfange wieder aufgenommen.

Referate.

R. Olshausen: «Spontane Geburt. Prophylaktische Wendung. Symphyseotomie. Ihr gegenseitiges Verhalten zu einander.» (Centrbl. f. Gynaekologie № 36, 1894).

A. Solowij: «Zur Symphyseotomie.» (ibidem).

H. v. Woerz: «Die Enderfolge der Symphyseotomie.» (ibidem).

R. Braun v. Fernwald: «Die Dauererfolge der Symphyseotomie.» (Centrbl. f. Gyn. № 37. 1894.)

Auf dem internationalen Congress zu Rom sind von Leopold die Indicationen zur Symphyseotomie dargelegt worden (conf. diese Wochenschrift p. 320). O. stimmt im Allgemeinen den Ansichten L.'s in Betreff der Wendung und Symphyseotomie vollständig bei, hält es aber für angezeigt noch eines Umstandes Erwähnung zu thun, welches für die Indicationsstellung beider Operationen von wesentlicher Bedeutung ist, nämlich das Abwägen der Möglichkeit einer spontanen Geburt bei der Wahl des einen oder anderen Eingriffes. Die Frage ob eine spontane Geburt überhaupt möglich ist oder nicht, kann erst dann mit Sicherheit entschieden werden, wenn die Blase gesprungen und die Wirkung der Wehenthätigkeit durch längere Zeit hindurch beobachtet worden ist. Die Wendung soll aber unter möglichst günstigen Umständen, also bei stehender Blase ausgeführt werden, sie muss mithin eine prophylaktische sein. Die Symphyseotomie dagegen tritt erst dann in ihre Rechte, wenn die Blase gesprungen, der Kopf durch die Wehen schon einigermassen configurirt und die spontane Geburt eines lebenden Kindes unmöglich erscheint.

Dem Kaiserschnitt möchte O. in Beschränkung der Symphyseotomie eine grössere Ausdehnung geben. Verf. ist der Ansicht, dass in einigen Fällen relativer Indication (vorhergegangene schwere Entbindung mit Aussichtslosigkeit für das Kind) von vorne herein, noch bei stehender Blase, der Kaiserschnitt ausgeführt werden kann, während sonst in der Regel bei relativen Indicationen erst der Blasensprung und eine gewisse Wirkung der Wehen abgewartet wird. Im ersten Falle hätte man zu entscheiden zwischen Abwarten des spontanen Verlaufes, Wendung und Sectio caesarea; im anderen Falle zwischen Sectio caesarea und Symphyseotomie. Die Entscheidung wird in vielen Fällen von der Vorliebe des Geburtshelfers für die eine oder die andere der Operationen abhängen.

Solowij wirft die Frage auf, ob wir unter unseren operativen Entbindungsmethoden bei engem Becken eine Lücke gehabt haben und beantwortet dieselbe in verneinendem Sinne. S. nimmt den Standpunkt ein, dass das Leben der Frucht der Erhaltung des Lebens und der Gesundheit der Mutter stets unterzuordnen sei. Er perforirt daher bei einer Conjugata vera von 6—7,5 C. an auch ein lebendes Kind und führt nur dann den Kaiserschnitt aus, wenn die Mutter durchaus ein lebendes Kind verlangt. Die Mortalitätsstatistiken welche für die Symphyseotomie etwas günstigere als für den Kaiserschnitt zu sein scheinen, dürfen zur Entscheidung der Frage, welcher von beiden Operationen der Vorzug zu geben ist nicht massgebend sein, da wir von den weiteren Schicksalen der Symphyseotomirten noch nicht genügend unterrichtet sind. Wenn trotz nicht zu missachtender Nachtheile der Symphyseotomie (bedeutende Verletzungen der Weichtheile, schwere Blutungen, Rissquetschwunden etc. etc.) von einigen Klinikern diese Operation warm empfohlen wird, so hält es S. im Interesse der Praxis für nützlich eine mahnende Stimme zu erheben.

Woerz berichtet über 10 Fälle von Schamfugenschnitt aus der Schauta'schen Klinik, welche schon länger als vor einem Jahr operirt wurden. 9 Pat. sind genesen, 1 starb an Sepsis (ausserhalb der Anstalt inficirt). Bei 2 Pat. war es zu bedeutenden Geburtsverletzungen gekommen. In allen 10 Fällen wurde die Knochennaht mit Silberdraht ausgeführt. Von den 9 genesenen Frauen konnten 7 am 15—19 Tage gehen, bei 2 wurden Gehversuche erst am 28 resp. 29 Tage gemacht. Nachforschungen über das weitere Befinden der Operirten konnten nur in 7 Fällen angestellt werden, deren Ergebniss Verf. in folgenden Sätzen praecisirt. In allen Fällen (5) wo die Knochennaht gelungen war, ist es ausnahmslos zu einer raschen, vollständigen und dauernden Vereinigung der Symphysenenden gekommen. 2) Bei den Fällen (4) bei welchen die Knochennaht insufficient geworden war, bestand ein Unterschied zwischen den Früh- und Spätresultaten. Bei der Entlassung wurde hier stets eine mehr oder minder breite Diastase und bindegewebige Vereinigung der Symphysenenden constatirt, welche die Geh- und Arbeitsfähigkeit in einem Falle noch monatelang beeinträchtigten. Bei 2 von diesen Frauen, welche noch später untersucht werden konnten, ist nach längerer Zeit doch noch eine feste Verbindung und dauernde Heilung eingetreten. 3) Verletzungen der Weichtheile hatten keine nachtheiligen Folgen für die Pat.

Besonderes Gewicht wird von Verf., um eine rasche und unvermittelte Heilung der Symphyse zu erzielen, auf einen festen Contact der Trennungsflächen der Symphyse gelegt, welche durch Naht mit Silberdraht erreicht wird.

v. Braun verfügt über ein Material von 12 im Jahre 1893 operirten Fällen aus der G. Braun'schen Klinik. Von diesen Fällen sind 4 letal verlaufen; es umfasst die Statistik daher 8 mit gutem Erfolge operirte Fälle, welche dem Verf. Gelegenheit bieten festzustellen in wie fern die Nahtmethode auf die Dauerheilung Einfluss hat.

In den Fällen wo eine Knochennaht mit Silberdraht ausgeführt worden war (3), war die Geh- und Arbeitsfähigkeit der Pat. wie vor der Operation; die Blase war nur beim Heben schwerer Lasten incontinent. Die Vereinigung der Symphysenenden war in allen Fällen eine fibröse, dabei bestand mehr weniger deutlich ausgesprochenes Federn des Beckens, Beweglichkeit der Symphysenenden und der Synchondroses sacroiliacae beim Gehen. Da 2 Frauen bei der letzten Untersuchung wieder schwanger waren, sind diese Fälle nicht ganz zur Beurtheilung des Werthes der Silbernaht geeignet. Von 4 Fällen in welchen eine 3-etagige Seidennaht (Periost, Fascie, Haut) angelegt worden war, ist in einem ein vollständig befriedigender Untersuchungsbefund zu verzeichnen, in den anderen Fällen bestand noch einige Beweglichkeit der Symphysenenden. Die Frauen sind alle arbeitsfähig und haben einen ganz regelmässigen Gang. Die Erfolge ohne Knochennaht sind mindestens meist ungünstiger als diejenigen mit Knochennaht. Im Allgemeinen hat B. den Eindruck gewonnen, dass die Erfolge bezüglich der Geh- und Arbeitsfähigkeit sich bei den Pat. im Laufe der Zeit besserten, so dass Frauen die post op. eine geringe Gehfähigkeit zeigten, längere Zeit darnach so wie ante op. gingen und wieder vollständig arbeitsfähig wurden.

Dobbert.

A. Rollet. (Professor): Betrachtungen über Mauserung des Blutes. (Wiener klin. Wochenschrift № 31).

In einem höchst interessanten Vortrage, gehalten im Verein der Aerzte in Steiermark besprach Rollet die Veränderungen des Blutes unter dem Einflusse von drei Factoren 1) des Höhenklimas 2) des Seeklimas 3) von Blutentziehungen. Zahlreiche Beobachtungen weisen darauf hin, dass in verdünnter Luft grosser Höhen eine Vermehrung der Blutkörperchen und des Haemoglobins stattfindet, so z. B. fand Viault an sich selbst, dass die Zahl der Blutkörperchen in ca. 3 Wochen auf 7½—8 Millionen im Cubmm. gestiegen war, während bei dem vorausgehenden Aufenthalte im Flachlande nur 5 Mill. im Cubmm. vorhanden waren. Eine fernere Thatsache ist, dass die Blutkörperchenzahl und der Haemoglobingehalt nicht parallel steigen, sondern letzterer zurückbleibt und dass im Blute eine grosse Anzahl kleiner Blutkörperchen auftreten, was auf eine verstärkte Thätigkeit der blutbildenden Organe hinweist. Der grosse Haemoglobinvorrath des Organismus, der bekanntlich für die Rettung von Menschen nach grossen Blutverlusten maassgebend ist, spielt auch bei den Luftdruckschwankungen die Rolle des Compensationsmittels, indem nicht alle Haemoglobinmolecüle ihren Sauerstoff an die Gewebe abgeben; in dem aus den Geweben zurückkehrenden Blute findet sich immer noch neben reducirtem Haemoglobin eine grosse Menge mit Sauerstoff gesättigten Haemoglobins, so dass der Organismus eine beträchtliche Verminderung des Sauerstoffdruckes in der umgebenden Luft ertragen kann. Merkwürdiger Weise übt auch die Seeluft analogen Einfluss auf die Beschaffenheit

des Blutes aus; auch hier tritt, wie die Untersuchungen von Marestang zeigen, eine Vermehrung des Blutkörperchen- und Haemoglobingehaltes auf. Verf. sucht die Erklärung hierfür in dem Umstand, dass unter dem Einflusse des Seeklimas eine vermehrte Haemoglobinreduction sich einstellt und diese bewirke eine reizende Anregung der haematogenen Organe. Was den Einfluss der Blutentziehung auf die Beschaffenheit des Blutes anlangt, so sind grade in letzter Zeit zahlreiche Beobachtungen angestellt worden, die alle darin übereinstimmen, dass das Blut sich verhältnissmässig rasch regenerirt: nach mässigen Blutverlusten ist das Blutvolumen im Verlaufe weniger Stunden regenerirt, nach bedeutenderen Blutverlusten im Laufe von 24–48 Stunden, auch hier übt die Blutentziehung einen starken Reiz auf die blutbildenden Organe aus, es werden neue Blutkörperchen gebildet, während durch den Blutverlust eine bestimmte Anzahl alter rother Blutkörperchen untergeht. Auf diesen Umstand führt Rollet die von Wilhelmi und Scholz hervorgehobene günstige Beeinflussung der Chlorose und Anaemie durch mässige Blutentziehung zurück.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Braun v. Fernwald: Ueber Uterusruptur. Wien. Verlag von Joseph Safar. 1894.

Nachdem Verf. die in neuester Zeit mehrfach ventilirte Frage über die Zugehörigkeit des unteren Uterinsegmentes seinem anatomischen Bau nach gestreift und seine Meinung dahin ausgesprochen, dass dasselbe als Bestandtheil des Uteruskörpers aufzufassen sei, geht B. v. F. auf die mit der Zeit recht ansehnlich gewordene Litteratur über die Uterusrupturen über, um alsdann auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen anderer Autoren die leitenden Gesichtspunkte bei der Behandlung der Uterusrupturen zu geben.

Zu warnen ist bei Verdacht auf eine Ruptur vor jeder desinficirenden Ausspülung, da eine Infection des Peritoneums erfolgen oder die Frauen an einer durch die Desinficientia hervorgerufenen Intoxication zu Grunde gehen können. Nach eingetretener Ruptur kann eine atypische Zange versucht werden, wenn das Kind am Leben ist, im anderen Fall ist die Craniotomie zu machen. Eine Wendung nach eingetretener Ruptur bei nicht in die Bauchhöhle eingetretenem Kindskörper wäre ein Kunstfehler. Ist die Frucht in die Bauchhöhle eingetreten, so ist der Versuch per vias naturales zu entbinden, gerechtfertigt, wenn die Füsse leicht zu erreichen sind. Im anderen Fall ist die Laparotomie angezeigt, doch ist die Zahl der Vertreter der conservativen Therapie keine geringe, welche eine Reihe von Fällen von grossen Rupturen mit Darmvorfall complicirt mit Ausgang in Heilung zu Gunsten ihrer Anschauung ins Feld führen. Eine secundäre Laparotomie, d. h. nach Entbindung des Kindes per vias naturales, ist nur dann indicirt, wenn die Blutung durch Tamponade nicht gestillt werden kann. Entscheidet man sich zur Laparotomie, so ist nach Porro zu operiren bei Infection des Endometriums, bei grosser Anaemie mit noch bestehender Blutung, bei ausgebreiteter Ruptur und Sitz derselben im fundus uteri. Die Statistik in Bezug auf die Anlegung der Uterusnaht (Winter) spricht zu Gunsten der Verzichtleistung auf den Schluss des Risses durch die Naht. Sollte bei stärkerer Blutung aus der Rissstelle die Laparotomie nicht ausführbar sein, so ist die Tamponade des Cavums und des Risses mit Jodoformgaze vorzunehmen und ein Druckverband auf das Abdomen anzulegen. Auf der Klinik von G. Braun in Wien kamen im Zeitraum von 1880—1892 unter 38,000 Geburten 19 Rupturen zur Behandlung, deren Beschreibung und Therapie übersichtlich zusammengestellt ist. Von 19 wurden 7 geheilt.

Lingen.

P. Hertz: Abnormitäten in der Lage und Form der Bauchorgane bei dem erwachsenen Weibe, eine Folge des Schnürens und Hängebauches. Berlin 1894. Verl. S. Karger.

Die Untersuchung wurde an 50 erwachsenen Frauen (an 38 Leichen und 12 gehärteten Cadavern) angestellt und auf die Dislocation der inneren Organe hin geprüft. Als allgemeine Regel stellte sich heraus, dass jede Organverschiebung von einer mehr oder weniger bedeutenden Formveränderung des Organs selbst begleitet ist und dass die Dislocation eines Organes nie ohne Einfluss auf Lage und Formveränderung des Nachbarorganes ist. Die sichtbarste Veränderung erleidet die Leber, die in Form der Schnürleber zwei Hauptarten unterscheiden lässt: die Leber hängt wie eine «senkrechte Klappe» in den Unterleib herab, ist in die Länge gezogen, so dass man von einer vorderen und einer hinteren Fläche sprechen kann; quer über die Vorderfläche geht die Schnürfurche. Bei der zweiten Form ist die untere Fläche des rechten Lappens hinaufgepresst, dabei die Niere oft dislocirt («gekippt») Dilatation und Dislocation der Gallenblase sind eine häufige Folge. Dabei besteht oft ein Hängebauch, dessen Entstehung auch gewöhnlich auf das Schnüren zurückzuführen ist. Die Schlaffheit der Bauchdecken führt wiederum oft zur Erweiterung der Därme. Für die Lage des Magens ist der linke Leberlappen von grosser Bedeutung; die häufigste Veränderung in der Lage des Magens ist das Herabsinken des Organes, verbunden mit einer Verschiebung nach links, so dass die Kreuzungsstelle des Magens mit dem Rippenbogen weiter nach aussen, als normal, zu liegen kommt. Das Pancreas nimmt an der Dislocation der voluminösen Nachbarorgane theil, am häufigsten ist das Herabsinken und die Abflachung des corpus, was sich bei fast allen Weibern findet. Mit dem Pancreas geht auch eine Verschiebung des Theiles des Dünndarmes einher, welcher mit diesem Organ verbunden ist, während die pars prima duodeni sich mehr der Lageveränderung des Magens adaptirt. Die rechte Niere findet sich öfter dislocirt als die linke.

Lingen.

Max Joseph (Berlin): Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Theil: Geschlechtskrankheiten. Mit 24 Abbildungen im Text und einer farbigen Tafel. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1894. 401 S.

Nachdem uns Joseph im vergangenen Jahre ein so ausgezeichnetes kurzes aber inhaltreiches Buch der Hautkrankheiten gegeben, waren wir äusserst gespannt, wie er das reiche Material der Geschlechtsleiden verarbeiten würde und können gleich hinzufügen, dass unsere hohen Erwartungen vollkommen eingetroffen. Die Signatur des Buches ist durchweg «Selbstständigkeit». In eleganter leicht zu lesender Form bringt Verf. nicht nur Bekanntes in bekannter Schablonenform, sondern auf jeder Seite merkt man, wie objectiv selbstständig, auf Grund guter Beobachtungen Verf. sein Material verarbeitet und manche neue und praktische Idee einflicht.

Wir möchten dieses Buch daher ganz besonders dem praktischen Arzt empfehlen, der nicht die Zeit hat der unmässig anwachsenden Zeitschriftenliteratur zu folgen und doch den neuesten Stand der Syphilidologie und ihrer therapeutischen Fortschritte kennen lernen möchte.

Wenn wir in einzelnen Punkten auch nicht mit dem Verf. übereinstimmen, so hat das nichts zu sagen, wir wollen nur einige Punkte betonen, weil wir überzeugt sind, dass bei der gewiss bald nothwendigen II. Auflage Verf. dieselbe nochmals der Kritik unterziehen und dann entweder ändern oder näher seinen Standpunkt vertheidigen wird. So z. B. führt er an, dass bei Ulcus molle nur auf einer Seite Bubonen auftreten, in Gegensatz zur Syphilis (pag. 24), während doch nicht so ganz selten auch bei Ulcus molle beiderseits Bubonen auftreten. Pag. 94 beschreibt er die Angina syphilitica, giebt aber selbst zu, dass die Natur dieser Angina nur aus dem Zusammenhang mit den übrigen Syphilis-Erscheinungen zu erkennen. Der specifische Charakter dieser Angina ist meist doch sehr fraglicher Natur und ist es noch nicht festgestellt, ob das nicht eine zufällige Coincidenz mit catarrhalischer Angina.

Entschieden nicht gefallen hat uns die Bezeichnung Gummi als Plural von Gumma. Nicht übereinstimmen können wir auch mit der Angabe, bei Urethritis die Injectionsflüssigkeit 5 Minuten im Harnkanal zu lassen (pag. 342). Es entstehen dann peristaltische Bewegungen, welche die Flüssigkeit in die Blase treiben. Auf pag. 296 hat uns die Bemerkung «die Aetiologie des weichen Schankers ist uns heute noch völlig unklar» in Erstaunen gesetzt. Die Frage ist doch ziemlich aufgeklärt durch die Arbeiten von Ducrey, Krefting etc.

Wir wünschen aber, wie gesagt, dem Buche den besten Erfolg.

O. Petersen.

Zuelzer-Oberländer: «Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane». 4 Abtheilungen. Leipzig. Verlag von F. Vogel 1894.

Soeben ist die 4. Abtheilung vorliegenden Handbuches erschienen und hat somit das Werk einen würdigen Abschluss erhalten. Der Plan zu diesem klinischen Handbuche ist von W. Zuelzer gefasst worden, doch bevor er die Sammlung und Durchsicht der eingegangenen Manuscripte beenden konnte, ereilte ihn der Tod. Die Redaction übernahm F. M. Oberländer in Dresden.

Es kann selbstredend nicht unsere Aufgabe sein an dieser Stelle die einzelnen Kapitel dieses über 1500 Seiten fassenden Lehrbuches einer eingehenden Besprechung zu unterwerfen und müssen wir uns mit Angaben über Anordnung des Stoffes etc. begnügen. Der allgemeine Theil der I. Abtheilung umfasst die Anatomie, Physiologie und Pathologie nebst Bakteriologie der Harn- und Sexualorgane. Der klinische Theil handelt von den Krankheiten der Nebennieren und den leichteren Nierenaffectionen, welche sich hauptsächlich durch pathologische Beschaffenheit des Harnes documentiren. Die eigentlichen und schweren Krankheiten des Nierenparenchyms, der Nierenbecken



und der Harnleiter werden in der 2. Abtheilung einer ausführlichen Beschreibung unterworfen. In der 3. Abtheilung finden die Erkrankungen der Blase, der Prostata, der männlichen Urethra, der Hoden und Samenblasen und schliesslich auch die Affectionen der weiblichen Harnröhre und Blase in gesonderten Capiteln Berücksichtigung. Die 4. Abtheilung handelt von den rein nervösen Erkrankungen und Störungen der Harn- und Geschlechtstheile. Den Schluss bilden Capitel über Syphilis und venerische Affectionen. Hervorgehoben zu werden verdient, dass verschiedenen speciell klinischen Fragen wie z. B. der Uraemie besondere Kapitel gewidmet sind.

Der bedeutenden Zahl ausgezeichneter Mitarbeiter, unter welchen wir Eulenburg, Litten, Krafft-Ebing etc. finden, verdankt das Werk seine Gediegenheit und Vollkommenheit, welche demselben einen der ersten Plätze unter den Specialwerken über Harn- und Geschlechtskrankheiten sichern. Die Ausstattung des Werkes ist, wie wir es von dem Verlage gewohnt sind, eine sehr gute, nur vermissten wir in empfindlicher Weise das im Vorwort versprochene General Register, welches zu einer schnellen Orientirung unbedingt nothwendig sein dürfte.
Dobbert.

Prof. H. Lossen: Die Resection der Knochen und Gelenke. Deutsche Chirurgie, Lieferung 29 b. Stuttgardt, Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Lossen hat eine vorzügliche Monographie der Gelenkresectionen geliefert, die an Vollständigkeit und gewissenhafter Arbeit nur sehr wenig zu wünschen übrig lässt. Eine monographische Bearbeitung dieses wichtigen Gebietes der Chirurgie war um so mehr zu wünschen, da es gegenwärtig zu einem gewissen Abschluss gelangt zu sein scheint; Aenderungen und Fortschritte sind zunächst wohl nur in Detailfragen zu erwarten. Eingeleitet wird das Buch mit einem 40 Seiten umfassenden Literaturverzeichniss, dessen übersichtliche Anlage die Orientirung in allen einschlägigen Einzelfragen sehr erleichtert. Nach einem den Begriff und die Arten der Resection behandelnden Capitel folgt die sehr interessante «Geschichte der Resection», wobei die unvergänglichen Verdienste der englischen Chirurgen des vorigen Jahrhunderts, namentlich des genialen Charles White, voll gewürdigt werden. Mit den «Indicationen zur Resection der Gelenke» steht L. durchaus auf dem modernen Standpunkt. Ein sehr wichtiges Capitel ist das folgende über die Neubildung resecirter Knochen und Gelenke und über subperiostale und subcapsuläre Resection. In der allgemeinen und speciellen Technik sind einige Lücken vorhanden, die aber nicht viel schaden, da sie mit Leichtigkeit aus den Operationslehren und Lehrbüchern der Chirurgie ergänzt werden können. Wir haben dabei namentlich die Methoden Kocher's im Auge, die nur theilweise genauer berücksichtigt sind. In dem Abschnitt über den Heilungsverlauf der Resectionen und dessen Störungen wird mit Recht immer wieder auf die grosse Bedeutung der Nachbehandlung hingewiesen. Dasselbe geschieht in dem nächsten ebenso wichtigen wie interessanten Capitel über die Endergebnisse der Gelenkresectionen. Zum Schluss folgen noch 3 Capitel über Continuitätsresectionen, Knochenexstirpationen und die Osteotomie. Es darf wohl kein Chirurg das Lossen'sche Werk unstudirt lassen. Die Verlagshandlung hat sich mit seiner Herausgabe wieder ein neues grosses Verdienst erworben.
Wanach.

Jahrbuch der practischen Medicin, begründet von Dr. Paul Börner, herausgegeben von Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1894. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Die Redaction des bekannten und vielverbreiteten Jahrbuchs ist nach S. Guttmanns Tod in die bewährten Hände von J. Schwalbe übergegangen. Der vorliegende Band ist ebenso vorzüglich redigirt, wie die früheren; die leitenden Grundsätze sind dieselben geblieben. Bekanntlich verfolgt das «Jahrbuch» die Tendenz, eine «continuirliche und einheitlich entworfene Uebersicht» über die Literatur des jeweiligen Berichtjahres zu geben und damit dem praktischen Arzt die Aneignung der wichtigen Fortschritte auf allen Gebieten der Medicin zu ermöglichen. Zu empfehlen ist es daher besonders den Aerzten die, fern von den grossen Städten mit ihren reichen Bibliotheken, mit ihrer Wissenschaft mitleben wollen. Die Berichterstattung in den einzelnen Gebieten liegt in den besten Händen.
W.

J. Habart: Das Kleincaliber und die Behandlung der Schusswunden im Felde. Wien, Josef Safàr. 1894.

H. behandelt in dem kleinen Buch ein Specialgebiet, das er schon früher in sehr glücklicher Weise mehrfach bearbeitet hat. Nicht nur seine mannigfaltig modificirten Schiessversuche, sondern auch besonders seine sorgfältigen Beobachtungen von Schussverletzungen lebender Menschen (Selbstmorde, Unglücksfälle, militärisches Einschreiten bei Arbeiterunruhen) autorisiren ihn in hohem Maass, uns über den Charakter der Verletzungen mit den modernen kleincaliberigen Kriegsgewehren und über die sich daraus ergebende Therapie zu belehren. Wir verzichten darauf, den Inhalt dieser neuesten Publication zu referiren in der Voraussetzung, dass sie von allen Chirurgen, die sich für die Schussverletzungen in künftigen Kriegen interessiren, gelesen werden wird.
Wanach.

J. Englisch: Ueber Taschen und Zellen der Harnblase. Wiener Klinik 1894, Heft 4. Wien, Urban und Schwarzenberg.

Eine sehr lehrreiche und interessante Studie, die uns dem bekannten, auf dem Gebiet der Pathologie der Harnorgane vielerfahrenen Verfasser zu grossem Dank verpflichtet. Die Entstehung und Anatomie, die Pathologie und Symptomatologie der praktisch gewiss recht wichtigen Blasenzellen und Blasentaschen sind mit grosser Klarheit und Ausführlichkeit abgehandelt, auch die diagnostischen Bemerkungen sind sehr werthvoll. Ref. hat nur bedauert, dass die Therapie zu kurz abgethan wird; dieselbe ist zur Zeit sicher noch ungenügend und umsomehr wären ausführliche Mittheilungen eines so hervorragenden Specialisten auf diesem Gebiet zu wünschen. Hoffen wir, dass Englisch das in Zukunft noch nachholt.
Wanach.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 18. Mai 1894.

1. Dr. Gilbert hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Casuistik der Perforation». Vortragender ist während seiner geburtshilflichen Thätigkeit sieben Mal gezwungen gewesen die Perforation auszuführen, davon 3 mal am lebenden Kinde. Nach detaillirter Schilderung der einzelnen Fälle kommt Vortragender an der Hand seiner Casuistik zu dem Schluss, dass auch heutzutage der praktische Arzt gelegentlich in die Lage kommen kann die Perforation des lebenden Kindes im Interesse der Mutter ausführen zu müssen, zumal wenn er erst spät zur Geburt gerufen worden. Bei rechtzeitiger Leitung derartiger schwerer Geburten, könnte der Arzt dagegen oft noch mit Hilfe des Colpeurynter, der Walcher'schen Hängelage, der Zange, der Scheidendammincision und der Wendung auf den Fuss wenigstens bei einer Conjugata vera bis zu 8 Cm. herunter mittelgrosse, reife Kinder lebensfrisch zur Welt bringen.

Dr. Treymann ist der Ansicht, dass heutzutage durch Wiedereinführung der Symphyseotomie die Perforation des lebenden Kindes wohl nur in den seltensten Fällen in Frage kommen dürfte. Er müsse nach seinen Erfahrungen im Krankenhause sich entschieden zur Ansicht der Italiener, namentlich Morisanos bekennen, nach welcher der Symphyseotomie der Vorzug vor der Sectio caesarea aus relativer Indication natürlich innerhalb der für die Symphyseotomie geeigneten Grenzen der Beckenmaasse — gegeben werden müsse. Die deutsche Schule, namentlich Leopold — verhalte sich ungerechtfertigt ablehnend dieser segensreichen Operation gegenüber. Zur Illustration dieser Ansicht berichtet Dr. Treymann über eine kürzlich im Krankenhause von ihm ausgeführte Symphyseotomie mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. Nachdem in diesem Falle die dringende Indication zur Entbindung eingetreten war bei einer Conj. vera ca. 9 Ctm. wurde erst ein vergeblicher Versuch mit der hohen Zange, darauf bei guten kindlichen Herztönen die Symphyseotomie gemacht, mit glattem Verlauf ohne Verletzungen; leichter Ausgangsforceps. Kind leicht asphyktisch. Weiterer Verlauf für Mutter und Kind günstig.

Dr. Anspach vermisst in den Berichten Dr. Gilberts Angaben über die Beckenmaasse.

Dr. Gilbert hat die Messungen, welche er ja auch für nothwendig hält, in seinen Fällen nicht ausgeführt, weil er sie dem Kräftezustand der Frauen, der gegebenen Kopfeinstellung und der dringenden Indication gegenüber zu handeln für irrelevant hielt.

2. Dr. Bergmann berichtet über einen Fall von Darmanastomosenbildung den er im Nov. a. p. der Gesellschaft vorgestellt. Es hatte sich um einen perityphlitischen Abscess in der Radix mesenterii gehandelt, der richtig diagnosticirt und im Februar 1893 eröffnet worden war, da jedoch mehrfach Verklebungen von Darmschlingen zu lösen waren, hatten sich an mehreren dieser Stellen Fisteln gebildet. Da wegen der ausgiebigen Verwachsungen der Darmschlingen unter einander und mit dem Peritoneum eine Resection der betreffenden Darmpartie sich als unausführbar herausstellte, nähte Vortr. eine freie Dünndarmschlinge an den rechts sich befindenden Dickdarm — das Colon ascendens wie Vortr. meinte. Der Erfolg war ein guter. Pat. gelangte zu einem vorzüglichen Ernährungs-

zustand. Der Stuhlgang war durchaus geregelt und Pat. wurde nur bis gegen den November im Krankenhause gehalten, weil man eine persistirende Darmfistel, die allerdings nur einige Tropfen kothig gefärbten Schleims secernirte, schliessen wollte. Dieses gelang nicht. Nach seiner Entlassung hat Pat. einen Monat in einer Fabrik gearbeitet, darauf bekam er Schmerzen im Leibe, welche ihn zwangen sich am 22 December in's Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Bei der spät Abends erfolgenden Aufnahme war nichts besonderes constatirt worden, der Stuhl war nicht angehalten, Erbrechen nicht gewesen. In der Nacht bekam Pat. wieder heftige Schmerzen und verschied in kürzester Zeit. Die Section ergab eine Achsendrehung im Ileum unterhalb der Anastomose. Der blaurothe um seine Achse gedrehte prall mit blutig blaurother Flüssigkeit gefüllte Darm zeigte am Fusspunkt der Drehung eine Perforation, und waren etwa 1 bis 2 Liter derselben Flüssigkeit in die Bauchhöhle ergossen. Die Anastomose befand sich reichlich 1 Fuss über der Ileocöcalklappe, mündete jedoch nicht in's Col. ascendens, sondern in's S. romanum. Dass in der ausgeschalteten Darmpartie die Kothcirculation nicht aufgehört, bewiesen Scybala im Colon ascendens. Dass die Achsendrehung nicht diagnosticirt worden, ist aus dem Fehlen des Erbrechens und angesichts der unbehinderten Kothentleerung erklärlich.

Vortr. hat im Juni a. p. wegen inoperabeln Coecumcarcinoms eine Enteroanastomose hergestellt bei einem Mann von einigen 50 Jahren. Derselbe hatte sich nach der Operation so weit erholt, dass er den Winter über seinen Beruf als Klavierlehrer aufnehmen und dazu weite Turen machen konnte. Pat. hat seinem Leben vor ca. 8 Tagen durch Suicidium ein Ende gemacht. Im October a. p. wurde wegen inoperablen Pyloruscarcinoms einem auf's äusserste entkräfteten an quälendem Erbrechen leidenden Mann von ca. 60 Jahren die Gastroenteroanastomose nach Wölfler gemacht. Das Erbrechen ist sofort nach der Operation sistirt. Pat. bereits am 19. Tage entlassen worden. Jetzt ist Pat. ein Mann von gutem Ernährungszustande, der seine Geschäfte selbst besorgt (er ist Gesindewirth) und ausser Grobbrod Alles essen kann. Der Tumor fühlt sich bei der Palpation ebenso an wie vor ½ Jahr, es ist also Aussicht vorhanden, dass der gegenwärtige Zustand noch einige Zeit anhalten wird.

Vortr. ist der Ansicht, dass die Gastroenteroanastomose häufiger und früher von den Collegen ihren an Pyloruscarcinom leidenden Kranken vorgeschlagen werden sollte. Nach den letzten Veröffentlichungen beträgt die Durchschnittsdauer der durch die Operation gewonnenen Lebenszeit 6 Monate, da kommt die Mortalitätsziffer von 43 pCt. nicht in Betracht, zumal auch diese reducirbar sein wird bei zunehmender Erfahrung der einzelnen Operateure. (Autorreferat).

Dr. Behr berichtet über einen interessanten Fall von Morphiummissbrauch und knüpft an denselben eine Warnung an die Collegen, in der Darreichung dieses Mittels die grösste Vorsicht beobachten zu wollen. (Gedruckt in der Wiener medicin. Wochenschrift).

Dr. Holst betont seine Uebereinstimmung mit diesem Warnrufe und will denselben, nach seinen sehr weitgehenden Erfahrungen über das Zustandekommen des Morphinismus namentlich in den Fällen ganz besonders betont sehen, wo man es mit Degeneration resp. Defecten im Nervensystem zu thun habe. Seiner Erfahrung nach mache der Schmerz der Kranken im Allgemeinen einen zu grossen Eindruck auf die behandelnden Aerzte. Jedenfalls habe man sein Augenmerk darauf zu richten, dass die Patienten sich nicht selbst dies Mittel verschaffen können und als Form der Verabfolgung die per os wenn irgend möglich in Anwendung zu bringen.

Dr. Krannhals glaubt, dass häufig nur eine gewisse Bequemlichkeit den Arzt dazu verleite, dieses gefährliche Mittel in Anwendung zu bringen. Aufgabe des Arztes sei es, sich zu bemühen in jedem Falle eine exacte Diagnose zu stellen, und dementsprechend dann seine Verordnungen gegen das die Schmerzen bedingende Grundleiden zu richten. Die Anwendung dieses Mittels z. B. bei Neuralgie möchte er geradezu als einen Kunstfehler hinstellen.

Dr. Tiling warnt davor überhaupt nervöse und degenerirte Personen zu viel mit «Curen» zu tractiren, da jegliche Behandlung leicht dem Morphinismus ähnliche Abhängigkeitszustände zur Folge haben.

Dr. Voss glaubt bei acut auftretenden starken Schmerzanfällen, wie sie z. B. bei heftiger Cardialgie sich geltend machen des Morphiums nicht entbehren zu können.

Dr. Ed. Schwarz bestätigt auch nach seinen Erfahrungen, wie nothwendig es sei, grosse Vorsicht in der Anwendung des Morphium degenerirten Individuen gegenüber walten zu lassen. Da man diesen Zustand aber nicht sofort einem Kranken ansehen könne, so will auch er die Anwendung dieses Mittels im Allgemeinen auf's Aeusserste eingeschränkt wissen. Die gleiche Vorsicht sollte man übrigens auch — namentlich aber Frauen gegenüber mit der Verordnung des Alkohols üben.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Da Costa hat in Fällen von acuter und chronischer Nephritis das Strontium lacticum angewandt. Dasselbe erwies sich als schätzbares Diureticum, namentlich bei acuter Nephritis. Unter der Anwendung des Salzes wird eine beträchtliche Verminderung des Eiweissgehaltes constatirt.

(Medic.-chirurg. Rundschau p. 653).

— In hartnäckigen Fällen von chronischer Laryngitis, wo Adstringentien, Inhalationen, Bade- und Trinkkuren vollständig in Stich lassen, hat Professor Krause (Berlin) günstige Resultate mit seiner chirurgischen Methode erzielt; es werden an den verdickten Stellen der Stimmbänder parallel dem Rande kleine Incisionen durch die ganze Dicke der Schleimhaut ausgeführt. Der Erfolg tritt bald ein.

(Berl. klin. Woch. № 31. 1894).

Vermischtes.

— Der wirkl. Staatsrath Dr. L. Berthenson hat nach 21 jähriger Thätigkeit die Vorlesungen für innere Medicin in der zum Rothen Kreuz gehörigen Schule für Aerztegehilfinnen und Feldscheererinnen, wie auch den Krankenempfang in der dortigen Ambulanz aufgegeben.

Beim Abschiede wurde dem Scheidenden eine in warmen Worten gehaltene Dankesadresse mit einem goldenen Jeton von den gewesenen Schülerinnen überreicht.

— Dr. Georg Fischer, Oberarzt am Stadtkrankenhause zu Hannover (Warmbüchenstrasse 22) bereitet mit Einwilligung von Frau Hofrath Billroth in Wien eine Veröffentlichung der Briefe des grossen Chirurgen Theodor Billroth vor und bittet darum ihm Briefe des Verstorbenen für kurze Zeit gütigst zur Einsicht zuschicken zu wollen.

— Durch ein soeben in Frankreich erlassenes Gesetz wird das bisher den Gouvernements eingeräumte Recht, Aerzte mit ausländischen Diplomen zur Praxis in Frankreich zuzulassen, aufgehoben. Nur in ganz besonderen Fällen und bei besonderer wissenschaftlicher Qualification kann das Ministerium einen Theil der Prüfungen erlassen.

— Während des Congresses der deutschen Naturforscher und Aerzte ist die Gründung einer «Freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse» zu Stande gekommen. Der Hauptzweck der Vereinigung ist die Hebung des Ansehens und des Einflusses der med. Fachpresse und die Wahrung ihrer gemeinsamen Interessen. Vorläufig sind es fast nur Redacteure der Berliner und Wiener med. Fachpresse, welche als erste Begründer der Vereinigung beigetreten sind. Es werden aber gewiss weitere Beitrittserklärungen folgen. Zum Vorort wurde für das nächste Jahr Berlin und zum Geschäftsführer Prof. Eulenburg (Redacteur der deutschen med. Wochenschrift) gewählt. Der Ausschuss besteht aus Prof. Posner (Berl. klin. Wochenschrift), Dr. Spatz (Münchener med. Wochenschr.), Dr. E. Fischer (Med.-chirurg. Centralblatt) und Dr. Frank (Allg. Wiener med. Ztg.).

— Der Privatdocent für interne Medicin an der Berliner Universität, Dr. A. Goldscheider, ist seit dem 1. October d. J. an Stelle von Professor Dr. Vierordt (Heidelberg) in die Redaction der «Fortschritte der Medicin», welche im Fischer'schen Verlage (H. Kornfeld) in Berlin erscheinen, eingetreten.

— Der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Minsk, Staatsrath Dr. Eliaschewitsch, ist zum Oberartzt des Rigaer Militärhospitals ernannt worden.

— Der Professor der Botanik an der militär-medicinischen Academie, Dr. J. P. Borodin, welcher vor Kurzem sein 25 jähriges Dienstjubiläum beging, ist auf weitere fünf Jahre im Dienst bei der genannten Academie belassen worden. B. hat gleichzeitig als Professor am hiesigen Forstinstitut gewirkt.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie Fürst Tarchanow (Physiolog) und Tarenezki begehen im Januar 1895 ihr 25-jähriges Jubiläum.

— Der bekannte Process des Professors Jäger in Stuttgart wider den Redacteur des «Wratsch,» Prof. Manassein, kommt am 21. October im Petersburger Gerichtshof als Appellationsinstanz wieder zur Verhandlung.

— Wie die «Nowosti» erfahren, ist das Gesuch der St. Petersburger gynäkologischen Gesellschaft um Veranstaltung von gynäkologischen Congressen abschlägig beschieden worden.

— Der Consultant für Nervenkrankheiten am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. O. O. Motschutkowski, welcher in den Ferien in Odessa einen apoplektischen Aufall erlitt, hat sich zur Wiederherstellung seiner Gesundheit ins Ausland begeben und wird daher im

laufenden Semester seine Vorlesungen am klinischen Institut nicht fortsetzen.

— Der «Nowoje Wremja» zufolge beabsichtigen Verwandte und Verehrer der verstorbenen Gelehrten und Forscher Professor Friedrich Bidder und Academiker A. v. Middendorf, zu bleibendem Gedächtniss dieser Männer Prämien auf ihren Namen bei der Academie der Wissenschaften, deren Mitglieder die Verstorbenen waren, zu stiften.

— Verstorben: 1) Am 19. September in Jurjew (Dorpat) Staatsrath Dr. Alexander Baeuerle im 77 Lebensjahre. Der Hingeschiedene war am 6. October 1817 in Dorpat geboren, wo er auch seine Schulbildung erhielt und von 1836—41 an der dortigen Universität Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde B. Arzt bei der baltischen Flotte, gab jedoch nach 4 Jahren bereits den Dienst bei der Flotte auf und liess sich als Arzt in Rjashsk (Gouv. Rjasan) nieder. Nachdem er sodann kurze Zeit als Kreisarzt in Noworshew (Gouv. Pleskau) fungirt hatte, war er von 1851 58 Arzt des Pleskauer Domänenhofs. Im letztgenannten Jahre nahm er seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit in Dorpat, wo er auch als praktischer Arzt thätig war. 2) In Warschau der dortige Stadtarzt Heinr. Bernard im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene beschäftigte sich speciell mit Frauenkrankheiten. 3) In Wilna der frühere Militär-Medicinalinspector des Wilnaschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Michael Prosorow, im Alter von 73 Jahren an Apoplexie. Der Verewigte hatte seine medicinische Ausbildung an der medicochirurgischen Academie erhalten und wurde nach Absolvirung des Cursus dem klinischen Hospital zucommandirt, wo er als Ordinator bei Prof. Pirogow fungirte. Von 1867—82 bekleidete P. den Posten eines Militär-Medicinalinspectors. Während seines 35 jährigen Dienstes hat er an dem ungarischen Feldzuge, dem türkischen Kriege 1853/55 und im polnischen Aufstande als Militärarzt theilgenommen. 4) In Jalta der Assistent des St. Olga Kinderhospitals in Moskau, Leo Ischboldin, an Phthisis. Er hat seine Frau mit einem Kinde ohne jegliche Existenzmittel zurückgelassen. 5) In Frankfurt a. Main der ehemalige Docent für Anatomie bei den Senckenbergschen Stiftungen und Leiter der Irrenheilanstalten Frankfurts, Geh. Medicinalrath Dr. Heinr. Hoffmann im 85. Lebensjahre. Neben seiner wissenschaftlichen Arbeiten hat H. auch eine grosse Anzahl Gedichte und Humoristisches veröffentlicht. Namentlich war es sein «Struwwelpeter,» durch welchen sein Name volksthümlich wurde.

— Der bekannte Chemiker Prof. Dr. Franz Soxhlet in München ist von der Universität Halle zum Doctor medicinae honoris causa ernannt worden. In dem Diplom wird hervorgehoben, dass Soxhlet durch viele ausgezeichnete Entdeckungen, hauptsächlich durch sehr sorgfältige Untersuchungen über die Natur und Zusammensetzung der Milch die Fortschritte der Physiologie und der physiologischen Chemie gefördert und durch eine äusserst scharfsinnige Methode gelehrt habe, jene erste Nahrung des Kindes unzersetzt zu erhalten und vor jeder schädlichen Infection zu bewahren.

— Der Privatdocent Dr. Fritz Strachmann, welcher seit dem Tode Prof. Limans, also seit 3 Jahren bereits dessen Functionen stellvertretend ausübt, ist jetzt zum ausserordentlichen Professor der Staatsarznei kunde an der Berliner Universität ernannt worden.

— Dem ausserord. Professor der Chirurgie an der Universität Heidelberg Dr. Lossen ist der Titel, «Honorarprofessor» verliehen worden.

— An Stelle Prof. Soltmann's, welcher einem Rufe nach Leipzig folgt, ist der Privatdocent Dr. Czerny in Prag zum Professor der Kinderheilkunde an der Universität Breslau ernannt worden.

— Der Privatdocent der Züricher Universität Dr. Constantin v. Monakow, ist zum Professor ernannt worden. M. stammt aus Russland, wo er im Gouvernement Wologda 1853 geboren ist, kam aber schon in jungen Jahren in die Schweiz, wo er naturalisirt wurde und anfangs in Zürich, dann in München und Berlin Medicin studirte. Nachdem er 7 Jahre als Oberarzt an der Irrenheilanstalt des Cantons St. Gallen fungirt, habilitirte er sich i. J. 1885 als Privatdocent an der Universität Zürich und widmete sich namentlich experimentellen Studien auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten und der Anatomie des Centralnervensystems.

— In Lemberg wurde am 9. September die neuerrichtete medicinische Facultät an der dortigen Universität durch den Kaiser von Oesterreich feierlich eröffnet.

— Nach dem Rechenschaftsbericht der Stadtverwaltung von St. Petersburg pro 1893 verausgabte die Stadt im Berichtsjahre für den Unterhalt der Hospitäler 1.603,241 Rbl. 86 Kop., ausserdem für sanitäts-epidemiologische Inspectionen und Subsidien an Heilanstalten, die nicht der Stadtverwaltung unterstellt sind, 289,876 Rbl. 97 Kop. Die Einnahmen der Stadt betrugen im Ganzen 10,244,515 Rbl. Die Hospitalsteuer brachte allein 474,252 Rbl. ein. Von den 24 Dumaärzten wurde 186.993 Kranken ärztliche Hülfe geleistet; die Schulärzte haben 30,536 Schüler untersucht und 4,499 an Infectionskrankheiten leidende Schüler behandelt. In den 10 Stadthospitälern wurden 60,517 Kranke (und zwar 37,339 Männer und 23,176 Frauen) behandelt, welche zusammen 1,938,209 Tage verpflegt wurden. In den 10 städtischen Gebärasylen wurden 3885 Wöchnerinnen verpflegt.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg weist in erfreulicher Weise eine stetige Abnahme auf. In der Woche vom 26. Sept.—3. Oct. sind 13 Neuerkrankungen, 16 Genesungen und nur 2 Todesfälle vorgekommen. Am 3. Oct. verblieben 17 Cholerakranke in Behandlung. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie. d. i. vom 19. Juni d. J. bis zum 3. Oct. in St. Petersburg 4570 Personen erkrankt. 2304 genesen und 2224 gestorben.

In den von der Cholera heimgesuchten Gouvernements und Städten des russischen Reiches macht sich ebenfalls eine erhebliche Abnahme bemerkbar. Nur in Podolien sind nach dem letzten officiellen Bülletin vom 18.—24. Sept, 240 Neuerkrankungen und 111 Todesfälle vorgekommen; in allen anderen Gouvernements erreicht die Erkrankungsziffer nirgends die Ziffer 100, ja in den meisten nicht einmal die Ziffer 50.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. October d. J. 5706 (76 mehr als in der Vorwoche), darunter 154 Typhus — (10 weniger), 827 Syphilis — (66 mehr), 143 Scharlach — (7 mehr), 39 Diphtherie — (3 mehr), 18 Masern — (5 weniger), 11 Pocken — (1 weniger) und 13 Cholerakranke (5 weniger).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Slatoust (Gouv. Ufa). Gehalt 1400 R. jährl. Adresse: «Златоустовская Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt zur Leitung des Landschaftshospitals von 30 Betten in Nowaja Ladoga (Gouv. St. Petersburg) gesucht. Geh. 1200 R. jährl. Adresse: «Новоладожская Земская Управа»

3) Zwei Arztstellen in den Stanizen Prawotorowskaja und Preobraschenskaja des Gebiets des donischen Kosakenheeres. Geh. 1200 R. jährl. Die Bittschriften sind an die Medicinalabtheilung der Gebietsverwaltung in Nowotscherkask zu senden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. September 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
282	204	486	89	33	83	20	8	13	46	49	39	42	36	16	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 23, Diphtherie 19, Croup 5, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 14, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0. Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 31, Todtgeborene 29.

Für die Woche vom 25. September bis 1. October 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
226	176	402	77	23	77	11	6	11	35	31	37	32	31	21	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 19, Diphtherie 15, Croup 8, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 4, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 64, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 11, Krankheiten des Verdauungscanals 29, Todtgeborene 26.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. October.**

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 24. October.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Marie Mohl, B. O. 1. л. д. 44 кв. 3.
Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **Amalie Schulze,** Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб. 8 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St. Petersburg, 15. (27.) October **1894**

Zur Technik der Blutdruckmessung mit v. Basch's Sphygmomanometer.

Von

Dr. Alfred Högerstedt.

Den Ergebnissen der Blutdruckmessung am Menschen nach der Methode v. Basch's (Ueber die Messsung des Blutdrucks am Menschen, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. II.) haften auch heute noch, ungeachtet aller technischen Verbesserungen, die Fehler an, auf weche schon 1880 Waldenburg im Archiv f. Physiologie hingewiesen hatte. Trotzdem ist die Brauchbarkeit dieser Untersuchungsmethode schon damals sowohl durch Zadek (Die Messung des Blutdrucks am Menschen mittelst des v. Basch'schen Apparates. Berlin 1880) und Christeller (Ueber Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen. Berlin 1881) als auch später durch Rosen (Ueber die Verwendbarkeit des v. Basch'schen Sphygmomanometers zu Blutdruckuntersuchungen an Thieren. Dissert. Dorpat 1891), Eurén (Beobachtungen mit dem v. Basch'schen Sphygmomanometer über den Blutdruck beim Menschen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Upsala Verhandlungen. Bd. 26. 1891) und viele Andere bestätigt worden. Der hohe Werth der Blutdruckmessung, als eines wichtigen Hülfsmittels der klinischen Untersuchung, ist heute unbestritten. Man sollte also meinen, dass die Verwendung dieses Prüfungsmittels gegenwärtig Gemeingut sei. Dass dem nicht so ist und leider auch nicht so sein konnte, liegt an der technischen Unzulänglichkeit des auch gegenwärtig noch am meisten gebrauchten v. Basch'schen Sphygmomanometers. Auch ich bin gezwungen gewesen, mit diesem Instrument etliche tausend Untersuchungen auszuführen und halte mich daher für berechtigt, mein Urtheil auszusprechen, und für verpflichtet, eine technische Vervollkommnung anzugeben, welche mir gute Dienste geleistet hat.

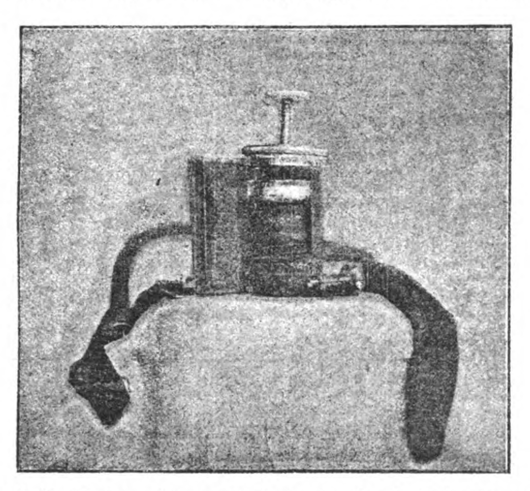
Das einem Aneroidbarometer nachgebildete Sphygmomanometer ist ja wenig complicirter Construction und selbst in der Westentasche unterzubringen, aber die erste Forderung leichter und zuverlässiger Handhabung erfüllt es nicht. Selbst gründliche und langwährende Uebung führt nicht zum Ziel. Während der rechte Zeigefinger auf die aus Gummi gefertigte Pelotte einen langsam und stetig zunehmenden Druck auszuüben hat, soll der linke Zeigefinger den Eintritt des Pulsschwindens im peripheren Arterientheil bestimmen, und soll das Auge den Zeigerstand ablesen. Es handelt sich also um eine Combination dreier äusserst fein bemessener Leistungen, deren Coordinirung an sich schon sehr viel Uebung erfordert. Bei diesen Untersuchungen mit stets gleicher Präcision zu verfahren ist aber trotz allem guten Willen und aller aufgewandten Mühe einfach unmöglich. Daraus folgt die jeden gewissenhaften Untersucher niederdrückende Erkenntniss, für die Genauigkeit seiner Prüfungsresultate Bürgschaft nicht leisten zu können.

Eine Verminderung jener drei vom Untersucher geforderten Leistungen und grössere Präcision anstrebend, hat Heissler (Wratsch 1890 № 22) mit vollem Recht betont, dass der Eintritt des Pulsschwindens nicht vom wenig verlässlichen Gefühl sondern vom Auge am Einspielen der Manometernadel auf den Ruhepunkt bestimmt werden müsse. Wer aber in gedrängter Zeit viele Untersuchungen zu machen hatte, wird zugeben, dass trotz aller Uebung der auf die Pelotte drückende Finger ermüdet, und dass dadurch Schwankungen des Zeigers und Unsicherheiten in der Bestimmung veranlasst werden. Um auch diesen Uebelstand zu beseitigen, habe ich eine den Fingerdruck ersetzende Vorrichtung construirt, welche, so lange der Apparat v. Basch's nicht durch Besseres verdrängt werden wird, eine, wie ich mich überzeugt habe, ausreichende Beihilfe bietet.

In einer cylindrisch geformten Metallhülse von ca. 2,5 Cm. Durchmesser und ca. 4,5 Cm. Höhe ruht auf dem am Fussende nach Innen vorspringenden, ca. 3 mm. breiten, möglichst dünnen, vorn und hinten abgesetzten Rand, sich mit der Kante ihrer festeren Wandung aufstützend die v. Basch'sche Pelotte. Der von ihr abgehende Schlauch



tritt durch eine an der Seite des Cylindermantels in entsprechender Höhe ausgeschnittene Oeffnung. Die Metallhülse ist durch einen sagittal gerichteten Schnitt in zwei Hälften getheilt, welche hinten durch ein Charnier verbunden sind, um zu- und aufgeklappt werden zu können.



Auf die Hülse geht ein Deckel, der durch Bajonettverschluss fixirt werden kann. Im Centrum ist dieser Deckel verdickt, durchbohrt und mit einem Schraubengewinde versehen, in welchem eine ca. 3 Cm. lange Schraube auf- und abläuft. Am unteren Rande dieser Schraube ist beweglich und mit ihr verbunden ein Stempel angebracht, welcher, gleichfalls aus Metall gedreht, einen solchen Durchmesser hat, dass er gerade noch im Innern der geschlossenen Hülse frei auf- und abbewegt werden kann. Seine Form ist die eines niedrigen d. h. ca. 5 Mm. hohen Cylinders mit convexem Boden. Dessen gleich-



mässige Auf- und Abbewegung innerhalb der Hülse ist durch eine an seinem Mantel senkrecht eingeschnittene Rinne, welche auf einer entsprechenden, an der Innenwand der Metallhülse angebrachten Führungsleiste hingleitet, gesichert. Am Fussende der Hülse sind vorn und hinten, entsprechend der sagittalen Theilungslinie, ca. 5 Mm. hohe und 5 Mm. breite Ausschnitte angebracht, welche bestimmt sind, den freien Durchtritt des zu untersuchenden Gefässrohres zu ermöglichen. Als Gegengewicht zum oberen Bajonettverschluss ist noch ein sehr starker Ringverschluss vorgesehen, welcher um den unteren Theil der Hülse, dicht über den Ausschnitten, nach Art einer Klammer umgelegt werden kann. Nur so konnte dem Auseinanderweichen der geschlossenen Hülsenhälften beim Niederschrauben des Stempels und der dadurch bedingten Ausweitung der Pelotte seitwärts entgegengewirkt werden.

Die Anwendungsweise des Apparates ist aus vorstehender Abbildung zu ersehen. Ich habe es als praktisch befunden, den Apparat mit Bändern auf einer hartgepolsterten, das Köpfchen der Ulna bequem aufnehmenden Unterlage zu fixiren, und dem Manometer in einer höher oben am Arm angeschnallten Drahtkapsel eine gesicherte Lage zu geben. Mit Hülfe dieses Apparates kann das Einspielen des Manometerzeigers auf den Ruhepunkt sehr genau verfolgt werden. Die so gewährte Sicherheit ermöglicht den Nachweis selbst sehr geringer Aenderungen des Blutdrucks.

Ein Fall von Persistenz des Ductus Botalli bei einem achtjährigen Knaben mit stark ausgesprochenen Trommelschlägelfingern.

Vortrag mit Krankendemonstration, gehalten den 13. Juni 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Ich erlaube mir, meine Herren, aus zwei Ursachen Ihnen diesen Knaben vorzustellen. Erstens ist er mit einem angeborenen Herzfehler behaftet, der bis vor kurzer Zeit als nicht diagnosticirbar betrachtet wurde, der aber bei ihm so deutlich und ich möchte sagen classich ist dass die Diagnose uns keine Schwierigkeiten bereiten wird.

Es handelt sich nämlich um ein Offenbleiben des Botallischen Ganges. Bevor ich aber auf die Symptomatologie und Differentialdiagnose dieses Falles eingehe, erlaube ich mir ganz kurz seine Krankengeschichte anzugeben.

Der Knabe stammt aus einer sonst gesunden Familie, bei seinen Eltern und Geschwistern sind keine Körperabnormitäten oder Entwickelungsanomalien vorhanden. Den Angaben der Mutter nach soll er bis vor zwei und einem halben Jahre sich leidlich gut gefühlt haben. Im dritten Jahre erkrankte er an einem schweren Scharlach, der von Nephritis begleitet war. Und schon während dieser Krankheit machte sich am Knaben eine leichte Cyanose bemerkbar.

Nach kurzer Zeit wurde in der Nähe des Knaben ein Junge vom Blitz erschlagen, was den Knaben sehr aufgeregt haben soll, wonach er sehr kurzathmig und stärker cyanotisch wurde. Darauf laborirte er an einem schweren Typhus, etwas später an einer Lungenentzündung und vor zwei Jahren an Variola. Vor einigen Tagen erkrankte er an epidemischer Parotitis, weswegen er in unser Krankenhaus kam und von Dr. Kohan mir überwiesen wurde.

Ich will nur noch zur Ergänzung hinzufügen, dass er öfters an Bronchitiden litt und nicht selten Lungenblutungen, wie auch blutige Stühle hatte.

Der für seine Jahre sehr dürftig entwickelte Knabe fällt uns besonders durch die stark ausgesprochene Cyanose auf; frappirend stark blaugefärbt sind die Lippen, das Zahnfleisch und die Zunge, die beinahe kohlschwarz ist. Am Halse bemerkt man ein Pulsiren der hier befindlichen Venen, dann ist ein Schwirren in der Gegend von dem zweiten bis vierten Rippenknorpel links bemerkbar und eine Pulsation in der Magengrube zu sehen. Der Leib ist stark aufgetrieben. Eine ebenfalls starke Blaufärbung bemerken wir an den letzten Phalangen der Hände und Füsse, besonders aber der erstern. Diese Phalangen sind, wie Sie sehen, stark kolbenartig aufgetrieben. Auf diese kolbenartige Auftreibung der Phalangen komme ich bald zurück.

Bei der Palpation fühlt man am unteren Theil des Sternums eine starke Pulsation, eine ebensolche Pulsation fühlt man an der Stelle, wo wir gewöhnlich die Pulmonalis auscultiren. Das in dieser Gegend sich befindende und oben erwähnte Schwirren fällt, wie Sie sich überzeugen können, mit der Systole zusammen.

Bei der Percussion haben wir eine bedeutende Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts bis zur Parasternallinie. Diese Dämpfung ist noch bedeutender wenn wir die palpatorische Percussion nach Ebstein[1]) anwenden. Links ist die Dämpfung nicht viel grösser als im normalen Zustande, nur finden wir hier die Herzdämpfung in Form eines schmalen Vierecks zwischen vierter und zweiter linker Rippe neben dem Brustbeinrande nach aufwärts verlängert. Auf diese Dämpfung beim Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli machte Gerhardt[2]) zuerst aufmerksam und soll nach Leube[3]) das Vorhandensein dieses Symptoms der Diagnose festeren Halt geben.

Auscultatorisch haben wir ein systolisches Geräusch an der Spitze und ein ebensolches Geräusch auf dem Sternum über der Arteria pulmonalis. Der zweite Pulmonalton ist sehr verstärkt. Das systolische Geräusch, das wir an der Pulmonalis hören, ist, wenn auch etwas schwächer, an der Carotis links wahrzunehmen.

Die längst bestehende Cyanose, das systolische Geräusch an der Pulmonalis, die Verstärkung des zweiten Pulmonaltones und die Fortsetzung der Herzdämpfung längs des linken Sternalrandes, stellen die Diagnose «Persistenz des Ductus Botalli» ausser Zweifel.

Differentialdiagnostisch könnte nur Stenose des Ostium pulmonale in Betracht kommen, dann würden wir aber eine viel stärker ausgesprochene Cyanose, die schon gleich nach der Geburt hervorgetreten wäre, haben und der zweite Pulmonalton wäre nicht verstärkt und das Geräusch wäre nicht in die Carotis fortgeleitet.

Ich will noch hinzufügen, dass die Weite der Gefässe an den oberen und unteren Extremitäten keinen Unterschied aufzuweisen hat und der Puls an den unteren Extremitäten nicht verspätet.

Zweitens stelle ich Ihnen diesen Knaben, wie oben bemerkt wurde, deswegen vor, weil Sie an ihm die sogenannten Trommelschlägelfinger so schön, wie sie nur selten zu finden sind, beobachten können. Wie Sie wissen, sind diese Finger schon längst den Aerzten bekannt und wurden sie schon von Hippokrates erwähnt, weswegen die Franzosen diese Finger «doigts hyppocratiques» nennen.

Von diesen Fingern war bis vor kurzem aber als von etwas Alltäglichem sehr wenig die Rede, nur seit den Arbeiten Marie's über Akromegalie und Osteo-Arthropathie erschienen einige Mittheilungen darüber (Bamberger, Minor[4]).

Wie Sie aus meiner vor zwei Jahren gemachten Mittheilung über die zuletzt genannte Krankheit wissen, hält Marie die bei dieser vorkommenden Veränderungen an den Gelenken, Knochen und den letzten Phalangen für Folgen einer Lungenerkrankung, besonders eiteriger Natur. Die Trommelschlägelfinger bei Herzkranken sucht Rühle durch Stauungen in den Venen zu erklären.

Dr. Bamberger[5]) spricht in seiner Arbeit über Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten ebenfalls über solche Finger und macht eben diese Krankheiten für das Erscheinen solcher Finger verantwortlich.

Höchstwahrscheinlich spielen hier noch ausser den genannten Krankheiten andere Ursachen eine Rolle, denn wieviel Fälle von eiteriger Pleuritis, von putrider Bronchitis, von Carcinom der Lunge sehen wir, ohne dass es zu Schlägelfingern kommt; andererseits ists noch eine Masse anderer Ursachen, wie Syphilis, nervöse Einflüsse, Traumen etc., die ebenfalls solche Finger hervorrufen können.

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1894. № 26, S. 595.

[2]) Lehrbuch der Auscultation und Percussion, Tübingen, 1890. S. 333.

[3]) Specielle Diagnose der inneren Krankheiten, Leipzig, 1891, S. 44.

[4]) Отчеты о засѣданіяхъ общества невропатологовъ и психіатровъ въ Москвѣ, засѣданіе 18. декабря 1892 г.

[5]) Zeitschrift für klin. Med. 1890, XVIII Bd., Heft 3 und 4, S. 193.

Ich will mich aber hier bei diesem Gegenstand nicht länger aufhalten, da wir schon mehrmals früher darüber gesprochen haben.

Referate.

Verneuil: Des épistaxis juvéniles, héréditaires et hérédo-hepatiques. (Bulletin de l'Académie de Médecine, Paris, Séance du 29 mai 1894).

In einem längeren Vortrage behandelt V. die Aetiologie, Pathogenese und die Therapie der habituellen Epistaxis. An der Hand einer Reihe von Beobachtungen beweist Vortrag. dass, entgegen den bisherigen Ansichten, die Epistaxis durchaus nicht häufig ein Vorbote späterer Phthise sei, sondern dass er sie im Gegentheil bei kräftigen Kindern beobachtet hat, die von arthritischen Eltern stammen und gewissermassen selbst dazu bestimmt sind einst Arthritiker zu werden. Die Epistaxis schwindet zwar gewöhnlich mit der Pubertät, aber die betreffenden Personen seien im Auge zu behalten, denn sie neigen auch in späteren Jahren sowohl zu Blutungen aus der Nase, als auch zu Lungen-, Anal- und Uterinblutungen, selbst wenn jegliche schwerere organische Läsionen fehlen.

Es sei daher bei jedem Erwachsenen, der an häufigen Blutungen congestiver Natur leidet zu erforschen, ob er nicht in der Jugend an häufigem Nasenbluten gelitten habe. Die grösste Bedeutung in ätiologischer Beziehung für das Entstehen des Nasenblutens schreibt Vortr. den Leberkrankheiten zu. Die Erkrankungen der Leber im Kindes- und Jünglingsalter seien durchaus nicht so selten, als man gewohnt ist solches anzunehmen; es sei nur sehr schwierig dieselben frühzeitig zu diagnosticiren. Des weiteren führt V. einige Krankengeschichten an, welche den innigen Zusammenhang zwischen juveniler Epistaxis einerseits und Cholelithiasis, Arthritis, Uterusfibrom, Menorrhagien der Erwachsenen andererseits illustriren. Hereditär-hepatische Epistaxis nennt Verneuil Fälle, wo ein an habitueller Epistaxis leidendes Kind nicht selbst an der Leber leidet sondern die Ascendenz, besonders häufig die Mutter.

Therapeutisch sei wichtig bei Halbwüchslingen und erwachsenen Leberkranken, nicht blos die Blutung zu stillen, sondern vielmehr prophylaktisch einzugreifen. So kommen im jugendlichen Alter in Betracht: eine langsame und andauernde ableitende Cur auf die Leber, Verordnung von Alkalien und entsprechende Diät (Milch weisses Fleisch, Gemüse, Früchte). In 2 Fällen hat sich die Hydrotherapie mit Douchen auf das rechte Hypochondrium bewährt. Ist Grund anzunehmen, dass die Blutung unter dem doppelten Einflus von Arthritis und Hepatitis entsteht, so ist trotz vorhandener Anämie eine Diät und medicamentöse Verordnung einzuschlagen, welche der allgemeinen Diathese angepasst ist. (Eine quasi vegetarianische Kost, Ausschluss der Stimulantien und Excitantien, Alkalien, allgem. Douchen und äussere Applicationen).

Diese Lebensweise giebt nicht nur die beste Prognose gegen das Nasenbluten, sondern auch gegen anderweitige Hämorrhagien, metrorrhagischer, haemorrhoidaler Natur, ja selbst gegen Hämoptysen, wenn solche der Ausdruck einer arthritischen Diathese sind.

Verf. glaubt für viele Fälle, so paradox es auch klingen möge, folgenden Satz aufstellen zu können:

Die Haemorrhagie erzeugt eine Anämie; letztere wird bekämpft mit Eisen, Chinin und Fleischkost. Dieses Regime erzeugt wieder Blut. Letzteres dient nur dazu wieder eine Hämorrhagie zu erzeugen. Mit anderen Worten: Durch die Hämorrhagie wird Blut verschwendet, das frisch erzeugte Blut aber nährt die Hämorrhagie. Kallmeyer.

Constantin Paul: Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von Gangraen der Zehen bei einem Diabetiker. (Bulletin de l'Académie de Médecine. 1894 № 27. 3. Juli).

Pat. 62 a. n. Urin 3 Liter täglich mit 135,0 Gr. Zucker. Gangrän der ganzen grossen, der ganzen fünften Zehe, eines Theiles der vierten und des inneren Fussrandes. Oedem bis zum Knie. Der Fuss wird in ein beständiges Sauerstoffbad gebracht und von diesem Moment an schreitet die Gängrän nicht weiter vor. Der Kautschukstrumpf wurde 2 Mal täglich abgezogen und mit einem heissen Decoct von Species aromat. gewaschen, der Fuss mit einer heissen Lösung von Chloralhydrat 4:1000. Letztere Flüssigkeit wird ausserdem noch behufs besseren Eindringens in die Hautfalten und Wundvertiefungen vermittels eines Pulverisators applicirt. Innerlich: Lithion benzoic 0,3 pro die, Sol. Fowleri gtt X pro die. Strenge Fleischdiät. Allmählich eliminirten sich die Schorfe und die Wundflächen vernarbten. Zucker und Urinmenge nahmen ab, sodass Pat. am Tage der Vorstellung nur 3,1 Zucker pro



die ausscheidet. Die Narben sind so regelmässig als ob sie durch Amputation entstanden wären: 3 Zehen fehlen zwar, aber alle übrigen Theile des Fusses sind erhalten und Patient geht gut. Das Mittel ist nicht neu. Wenn diese Therapie consequent durchgeführt wird, ist sie im Stande dem Diabetiker eine ganze Extremität zu erhalten ohne sein Leben zu gefährden, wie solches bei den chirurgischen Eingriffen der Fall ist. Aus dem Vortrage ist leider nicht zu ersehen in welcher Weise die Sauerstoffbäder applicirt wurden.

Kallmeyer

Docent Dr. Gomperz (Wien): Ueber die Erkennung der Vorwölbung des Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle am Lebenden. (Demonstration, gehalten in der 66. Versammlung der Naturforscher und Aerzte. Section für Ohrenheilkunde, Sitzung vom 26. September).

Bisher sind fünf Fälle von lebensgefährlicher Blutung durch Verletzung des Bulbus venae jugularis bei der Paracentese des Trommelfelles bekannt worden, einer davon mit tödtlichem Ausgange. Zur Verhütung dieses Ereignisses schildert G. die Symptome dieser gar nicht so seltenen Anomalie bei nicht entzündetem Trommelfelle; man sieht dann eine meist biconvexe, mit dem Schatten der runden Fensternische nicht zu verwechselnde blaue Verfärbung in der unteren Trommelfellhälfte. Gomperz demonstrirt nun einen Knaben, dessen rechtes Trommelfell den Typus des Bildes darbietet, das die Vorragung des Bulbus jugularis in die Trommelhöhle erzeugt; fast die ganze untere Trommelfellhälfte zeigt ein tief dunkles Blau, das sich besonders unter dem Umbo und am Lichtreflex mit einem scharfen Contour gegen die normale Farbe der übrigen Trommelfelltheile abgrenzt. Ferner empfiehlt er, zu erwägen, ob im Hinblick auf die Gefahr des Anstechens des Bulbus bei entzündetem, also undurchsichtigem Trommelfelle die Paracentese nicht im vorderen unteren Quadranten, in der Richtung von hinten oben nach vorne unten, ausgeführt werden sollte.

Autoreferat.

B. Gomperz (Wien): Ueber die Erfolge der conservativen Behandlungsmethode bei den chronischen Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes. (Vortrag, gehalten in der otiatr. Section der 66. Vers. der Naturf. und Aerzte am 28. September).

G. erinnert an seine erste Statistik über die Erfolge der conservativen Behandlung, die er, so weit es möglich war, verfolgt und nun durch 20 neue Fälle bereichert hat. Von diesen letzteren sind bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 20 Tagen 19 so weit geheilt, dass jede Secretion und Granulationsbildung verschwand, dass sich die Mucosa bis gegen den Atticus[1]) hinein blass, zart, oft epidermisirt zeigte und die Function des Ohres zu einer sehr bedeutenden Höhe gebracht wurde. Er hält die Hammer-Amboss-Excision für eine wichtige Bereicherung unseres therapeutischen Könnens, will sie aber bei den Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes nur dort verwendet wissen, wo die Heilung mit der conservativen Behandlung nicht zu erreichen ist. Sind Granulationen da, so ätzt G. mit 15–20%iger Lapis-Lösung, oder Liquor ferri sesquichl. und befördert die Schrumpfung durch fleissige Ausspülungen und Borsäure-Einblasungen. Erst nach dem Schrumpfen der Granulationen spritzt er den oberen Trommelhöhlenraum mit der Hartmann'schen Canüle aus und bläst durch dieselbe Borsäure nach seiner Methode ein. Zur Vermeidung der Schmerzen cocainisirt er vorher und verwendet nunmehr seine neuen Canülen, die er demonstrirt: «solche aus hartem Celluloid, die sich durch grosse Leichtigkeit vor den anderen gebräuchlichen auszeichnen, ferner Canülen aus halbweichem Celluloid, (von J. N. Schmeidler, Wien, dargestellt), welche auch von den empfindlichsten Patienten vertragen werden».

Autoreferat.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. v. Steinbüchel: «Ueber Gesichts- und Stirnlagen». Aus der Universitäts-Frauenklinik des Professors R. Chroback. Wien, 1894. A. Hölder.

In vorliegender Monographie hat Verf. sich die Aufgabe gestellt die Häufigkeit und Aetiologie, hauptsächlich aber die Prognose und Therapie der Gesichts- und Stirnlagen an einem grossen klinischen Material (52,464 Geburten) einer Controle und kritischen Besprechung zu unterwerfen.

Die reichhaltige Statistik ist in ausgiebigster Weise verwerthet und wohl dazu angethan Klarheit in einige noch nicht definitiv entschiedene Fragen zu schaffen. Indem wir für Details sich Interessirende auf das Original verweisen, beschränken wir uns auf die Wiedergabe einiger für den praktischen Arzt besonders wichtiger Ergebnisse der Abhandlung.

Nach S. kommt auf 157 Geburten 1 Gesichtseinstellung, dagegen 1 Stirneinstellung auf je 1000 Geburten. Die Häufigkeit der I. Gesichtslage zur II. verhält sich wie 22:1; diejenige der I. Stirnlage zur II. wie 1,86:1. — Genannte Fruchtlagen kommen bei Mehrgebärenden häufiger vor als bei Erstgebärenden. Die Geburtsdauer ist bei Gesichtslagen etwas, bei Stirnlagen bedeutend verlängert. Gesichtslagen als solche gefährden den Damm nicht mehr als sonst; bei Stirnlagen sind Dammrisse viel häufiger. Die Gesammtmortalität der Kinder ist bei Gesichtslagen 12,57 pCt.; bei Stirnlagen 35,13 pCt. Der Verlauf des Wochenbettes ist bei Stirnlagen ungünstiger als bei Gesichtslagen. Bei uncomplicirten Gesichtslagen empfiehlt sich im Allgemeinen ein durchaus exspectatives Verhalten. Bei hochstehendem beweglichen Gesicht käme eventuell der Schatz'sche Handgriff in Frage, wie bei bedeutenderem Missverhältniss zwischen Kindesschädel und Becken die prophylaktische Wendung. Die eingreifenderen combinirten Handgriffe (Thorn) können bei uncomplicirten Gesichtslagen nicht empfohlen werden. Auch bei Gesichtslagen mit lange andauernd nach hinten gerichtetem Kinn ist darin allein keine dringende Indication zu activem Vorgehen zu finden, denn in der weitaus grössten Zahl der Fälle erfolgt selbst sehr spät noch spontan die Drehung des Kinns nach vorne, jedoch könnte in diesen Fällen immerhin die Umwandlung (Thorn) in Hinterhauptslage versucht werden. Bei Stirnlagen erscheint wegen der viel ungünstigeren Prognose ein actives Verhalten gerechtfertigt. Auch bei uncomplicirter, lange verharrender Stirneinstellung wäre die manuelle Umwandlung in Hinterhaupts- oder Gesichtslage (nach Thorn) zu versuchen; misslingen die Versuche, so bleibt die Wahl zwischen exspectativem Verhalten oder prophylaktischer Wendung; nach den gewonnenen Zahlen scheint ersteres für das Kindesleben bedeutend günstiger zu sein, ist jedoch ein erhebliches, räumliches Missverhältniss vorhanden, so ist, bei erfüllten Bedingungen, die Wendung indicirt. Ist der Thorn'sche Handgriff erfolglos versucht worden, so verhält man sich abwartend, bis eine Indication von Seiten der Mutter oder des Kindes unser Eingreifen (Zange, Craniotomie, Symphyseotomie) erfordert.

Dobbert.

L. Grünwald: Die Lehre von den Nasen-Eiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung. München, Verlag von J. T. Lehmann. 1893.

Das im vorigen Jahre erschienene Werk von Dr. Grünwald in München behandelt die Naseneiterungen in grösserem Zusammenhange. Verfasser bespricht zunächst die acuten Eiterungen aus der Nase, deren Ausgangsstelle der Introitus sein kann, insofern als an den Haarbälgen es nicht selten zu grösseren Mengen von Eiter entleerenden Furunkeln, ja sogar zu richtigen Phlegmonen kommt, dann die traumatischen Abscesse am Septum, die acuten catarrhalischen Eiterungen, bei denen bei profuser Secretion die Eiterung wohl aus einer der Nasenhöhlen herkommt und die acute Eiterung bei retronasalen Phlegmonen. Eine eingehendere Schilderung erfahren in diesem Werke die chronischen Eiterungen. Ohne das Vorkommen eines diffusen eitrigen Katarrhs der gesammten Nasenschleimhaut zu leugnen, sollen bei eifriger Nachforschung diese Eiterungen sich meist auf eine Höhlenaffection oder Caries einer circumscripten Stelle des Nasengerüstes zurückführen lassen. Zunächst wird die Ozaena besprochen, wobei der Eiter ganz oder grösstentheils seinen flüssigen Charakter verliert und in Form von festen Borken auftritt. Ohne eine einheitliche Aetiologie für die Ozaena anzunehmen, will Verfasser die Ursache dieser in einer Reihe von Fällen in Nebenhöhlenaffectionen gefunden haben und nach Beseitigung derselben geheilt haben. Die polypösen Bildungen in der Nase, welche oft eine Begleiterscheinung der Empyeme der Nebenhöhlen sind, sind seiner Ansicht nach secundär durch die Höhleneiterungen hervorgerufen worden und nicht umgekehrt. Der Autor wendet sich dann zur Besprechung der eigentlichen Höhleneiterungen. In dem Kapitel über die chronischen Empyeme der Kieferhöhle werden keine wesentlichen eigenen Erfahrungen angeführt, dagegen werden uns die Eiterungen aus den Siebbeinzellen in eingehender Weise geschildert. Bei der Diagnose derselben lenkt der Verfasser unsere Aufmerksamkeit auf den unschätzbaren Werth der Untersuchung mit der Sonde, deren Knopf bei Siebbeinaffectionen öfters auf cariöse Partien stösst oder in rauhwandige Hohlräume sich verirrt. Bei der Behandlung derselben sollen etwaige vorhandene Wucherungen bezwecks des freien Abflusses des Secretes entfernt werden, die kranke Höhle oder die cariösen Stellen im Siebbein mit scharfen Löffeln energisch ausgekratzt werden. Der Autor schildert hierbei von ihm selbst construirte Knochenzangen und Löffel, die bei der Operation in den Siebbeinzellen sich ihm als praktisch erwiesen haben. Es folgt dann die Beschreibung der chronischen Affectionen der Keilbeinhöhle. Bei diesen nimmt der Eiter entweder den Weg

[1]) Synonym für oberen Trommelhöhlenraum.

nach hinten unten durch die Choanen, so dass im Fornix oder auf den Hinterenden der oberen und mittleren Muschel der Belag zu sehen ist, oder er erscheint zwischen der Nasenscheidewand und mittleren Muschel. Als wichtigstes Hilfsmittel erweist sich auch hier die Untersuchung mit der Sonde. Der Abfluss von Eiter neben derselben oder der Nachweis von rauhem oder entblösstem Knochen ermöglicht die sichere Diagnose einer Keilbeinaffection. Nach den Ergebnissen einer allerdings nicht grossen Reihe von Messungen soll sich der durchschnittliche Abstand der Tiefe der Keilbeinhöhle vom Naseneingang auf ungefähr 7,5 Cm. belaufen. Die Behandlung wird auch bei dieser Höhle zweckmässig in chirurgischen Eingriffen behufs leichter Zugänglichkeit und Entfernung krankhafter Partien bestehen. Zuletzt wird noch die Eiterung aus den Stirnhöhlen berücksichtigt. Die Diagnose lässt sich bei diesen Affectionen mit Sicherheit nur durch Einführung einer Sonde in den Ausführungsgang oder directe Ausspülung derselben begründen. Sowohl Sondirung wie Ausspülung sind meist schwer ausführbar, oft geradezu unmöglich. Durch die Durchleuchtung lässt sich nur selten ein positives Resultat erzielen. Die Behandlung der chronischen Empyeme der Stirnhöhle besteht in Ausspülungen, bei cariöser Zerstörung der Höhleninnenwand führt jedoch nur die Trepanation von aussen eine wirkliche Ausheilung herbei. Da in diesem Werke einerseits die Erkrankungen eines noch sehr wenig bekannten Gebietes der Nase, nämlich der Sieb- und Keilbeinhöhle und deren chirurgische Behandlung geschildert und durch reichliches casuistisches Material beleuchtet werden, andrerseits die Lehre von den Naseneiterungen zum ersten Male in grösserem Zusammenhange vorgeführt wird, so verdient dasselbe nicht nur das Interesse des Rhinologen, sondern des praktischen Arztes überhaupt. Braun.

A. Marmorek: Versuch einer Theorie der septischen Krankheiten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1894.

Die kleine Schrift, deren Inhalt aus dem Titel zu ersehen ist, ist sehr lebendig geschrieben und enthält viel anregende Gedanken; die Lectüre kann daher sehr empfohlen werden. Verf. steht auf dem Standpunkt der allermodernsten Bakteriologie, also auf einem noch recht schwankenden Boden, der dem Theoretisiren sehr viel Spielraum lässt. Für die Praxis fällt dabei auch Einiges, aber natürlich nur Weniges ab. Der Hauptwerth des Buches liegt nicht in der Beibringung sicherer neuer Thatsachen, sondern in der Anregung zu weiterem Forschen, in der Reizung zum Widerspruch, kurz in der Erregung lebendigen Interesses an dem Ausbau der Bakteriologie und modernen Pathologie, der es an zusammenfassenden Gedanken viel mehr fehlt als an Thatsachen. W.

L. Unger: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Zweite Aufl. Verlag von Fr. Deuticke. Wien und Leipzig 1894.

Das vorliegende Lehrbuch, welches der Wiener Schule entstammt, steht auf der Höhe der modernen Wissenschaft und bringt das Thatsächliche und Wissenswerthe aus Theorie und Praxis, ohne sich vom Ziel, ein Lehrbuch zur Richtschnur des ärztlichen Handelns zu sein, durch Discussion von Hypothesen etc., zu entfernen. Dem speciellen Theil ist ein allgemeiner vorausgeschickt, welcher die Besprechungen der natürlichen und künstlichen Ernährung, die normale Entwickelung des Säuglings und die Gesundheitspflege zum Gegenstand der Besprechung hat. Die Methoden der künstlichen Ernährung fasst U. in drei Gruppen zusammen: die procentische Methode, die das Hauptgewicht auf die Ausgleichung der Verschiedenheit des Caseingehaltes der Frauen- und Kuhmilch durch Beimischung von Wasser legt; die volumetrische Methode hat den Zweck, dem Kinde die seinem jeweiligen Bedürfniss angepassten Nährstoffe in richtiger Concentration und Menge zuzuführen; die physiologische, von Heubner und Hoffmann angegebene, legt das Hauptgewicht auf die absolute Menge der Nährstoffe und auf das Verhältniss derselben in der verdünnten Kuhmilch. Letztere ist die am meisten verbreitete Methode. Jedes Capitel im speciellen Theil ist in üblicher Weise eingetheilt, wobei nie der Abschnitt «anatomischer Befund» vergessen ist; zum Schluss findet sich eine Reihe von Receptformen. Ohne überall seine persönliche Meinung in den Vordergrund zu stellen, lässt Verf., wo nöthig, seinen Standpunkt deutlich hervortreten. Die gewöhnliche Erklärungsweise der Rhachitis, die sog. chemisch alimentäre Theorie, welche die Knochenerweichung vom mangelhaften Kalkgehalt des allgemeinen Stoffwechsels herleitet, genügt nach Ansicht Verf. nicht, das Wesen der Krankheit zu erklären, vielmehr führt er dasselbe zurück auf «im Blut circulirende Stoffe, die als Product verschiedener den Gesammtorganismus betreffenden Schädlichkeiten entstehen und an den schon im physiologischen Zustand gesteigert hyperämischen Wachsthumsstellen in einen entzündlich hyperämischen Zustand gerathen». In der Frage nach der Art der Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberculose nimmt U. den dualistischen Standpunkt ein: die Beziehung ist zwar eine innige, aber es giebt eine Scrophulose ohne Tuberculose. In dem Abschnitt «Infectionskrankheiten» wird in gebührender Weise der modernen Errungenschaft der Serumtherapie Rechnung getragen und bei der Diptheriebehandlung das von Klebs aus Bacterienculturen dargestellte Antidiphtherin erwähnt. An Vollständigkeit lässt das Lehrbuch nichts zu wünschen übrig, wie überhaupt die Lectüre desselben auf den Leser einen durchaus befriedigenden Eindruck hinterlässt. Lingen.

L. Jankau: «Internationale Medicinisch-photographische Monatsschrift.» Erster Jahrgang. Gr. 8° jährlich 12 Hefte à 2 Bogen. Preis pro Semester Mk. 8. Leipzig, E. H. Mayer.

Die Bedeutung welche die Photographie als Hilfsquelle verschiedener Specialfächer unserer Wissenschaft im Laufe der letzten Jahre gewonnen hat, erweckt das Bedürfniss nach einem Fachblatte in welchem der Arzt sich über verschiedene Fragen orientiren kann. Wir begrüssen daher mit Freuden das Erscheinen vorliegender Monatsschrift, welche es sich zur Aufgabe gestellt hat eine Sammelstelle zu werden «von wissenschaftlichen Aufsätzen aus der gesammten Medicin mit photographischen Aufnahmen, so wie von Aufsätzen über photograpisch-medicinische Technik.» Originalarbeiten finden in deutscher, englischer und französischer Sprache Aufnahme. In den Recensionen (mit Illustrationen) sollen medicinische Werke etc. berücksichtigt werden die in ihrem Text Abbildungen nach Photographien bringen oder sich mit medicinisch-photographischer Technik befassen.

Indem wir uns ein näheres Eingehen auf einige Originalartikel dieser Monatsschrift für die Zukunft vorbehalten wünschen wir dem neuen Unternehmen wachsenden Erfolg.

Dobbert.

Philipp Biedert: «Lehrbuch der Kinderkrankheiten.» Auf Grund der 8. Auflage des Buches von Prof. A. Vogel ganz neu bearbeitet. Elfte sehr vermehrte und verbesserte Auflage Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Das Vogel'sche Lehrbuch der Kinderkrankheiten erfreut sich einer so allgemeinen Beliebtheit, dass wir nicht unterlassen wollen die Leser auf das Erscheinen einer neuen Auflage dieses Handbuches aufmerksam zu machen.

In vorliegender dritten Neubearbeitung sind von dem ursprünglichen Vogelschen Texte nur fragmentarische Ueberreste vorhanden und erscheint es daher ganz gerechtfertigt, wenn dem entsprechend auch die Titelfassung eine andere geworden ist. Die eingehende Durcharbeitung des Ganzen und gründliche Umgestaltung zahlreicher Abschnitte legen deutlich Zeugniss davon ab, mit welcher Sorgfalt und Liebe Biedert sich des Werkes des Verstorbenen angenommen hat und können wir nur wünschen, dass das Andenken an das verdienstliche Wirken A. Vogels noch lange durch manche ebenso gute neue Auflage erhalten bleiben möge. Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

574 Sitzung am 10. Mai 1894.
Vorsitzender: Herr Moritz.

1. Herr Moritz spricht über die Behandlung des Rheumatismus. (Veröffentlicht in № 31 der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Herr Beckmann rechnet den sogenannten Tripperrheumatismus zu den allerhartnäckigsten rheumatischen Erkrankungen. Die glänzenden Resultate, die man bei dem gewöhnlichen Rheumatismus mit der Salicylsäurebehandlung erzielt, bleiben beim Tripperrheumatismus aus. In letzter Zeit hat B. 2 solcher Fälle behandelt, die den verschiedensten therapeutischen Maassnahmen widerstanden. Es handelte sich um 2 einander analoge Fälle von Affection der Handgelenke, welche sich bei Patientinnen, die wegen ascendirender Gonorrhoe im Hospital lagen, ausbildete. Die Kranken litten an beständigen, unerträglichen Schmerzen, welche trotz der Behandlung fast continuirlich etwa 3 Monate anhielten. Die innerliche Verabreichung der Salicylsäure und aller ihrer Nachfolger einschliesslich des jüngst empfohlenen Tolysals, sowie die äussere Application von Compressen, T.Jodi und allen möglichen Salben (Ichthyol etc.) zeigten nicht die geringste Wirkung. Selbst Narcotica, wie Morphium, brachten nur geringe und kurzdauernde Linderung. Nachdem der Zustand beider Pat. 3 Monate lang ohne Veränderung geblieben war, wurden endlich immobilisirende Verbände an die erkrankten Gelenke gelegt und auf die äussere Behandlung gänzlich verzichtet. Schon wenige Tage später liessen die Schmerzen nach. Nach dem Schwinden aller entzündlicher Erschei-



nungen blieb eine Steifigkeit in den Gelenken zurück, die mit Massage erfolgreich behandelt wurde.

Herr **Moritz** hat gegen die Immobilisirung der Gelenke Bedenken wegen der leicht entstehenden Steifigkeit; symptomatisch erzielt man dadurch allerdings Linderung der Schmerzen. doch erscheint ihm auch beim Tripperrheumatismus sein Behandlungsverfahren das vortheilhafteste zu sein. Selten blieben seine Pat. länger als 1 Monat im Bett. Morphiuminjectionen waren nur selten in der Nacht nothwendig.

Herr **Tiling**. Die ausgesprochenen Formen des Tripperrheumatismus pflegen mit starken Schmerzen einherzugehen. In solchen Fällen ist die Immobilisirung die beste Behandlungsmethode. Im Allgemeinen soll man aber in acuten Fällen mit chirurgischer Hülfe nicht zögern. Letztere besteht in der Punction und antiseptischen Ausspülung der Gelenke. Antirheumatische Mittel helfen in solchen Fällen gar nicht. Das Meiste ist noch von der Immobilisirung und chirurgischen Eingriffen zu erwarten. Nach Tripperrheumatismus bleiben leicht straffe Contracturen und Ankylosen zurück.

Herr **Moritz** glaubt, dass chirurgische Eingriffe nur für das Kniegelenk in Betracht kommen; eine ähnliche Behandlung kleiner Gelenke ist nicht gut durchführbar.

Herr **Tiling** hat bis jetzt auch nur das Kniegelenk mit Spülungen behandelt. Er braucht gewöhnlich eine Sublimatlösung 1:8000. Der Erguss kann beim Tripperrheumatismus entweder ganz klar oder stark getrübt sein. Auch bei Gelenkerkrankungen infolge von Staphylococceninfection erhält man in derselben Weise gute Resultate. In einem Fall musste T. das Kniegelenk 3 mal punctiren und ausspülen. Jedesmal wurden Staphylococcen im Exsudat nachgewiesen, und jede Ausspülung führte zur Besserung, erst die dritte zur Genesung.

Herr **Wanach** bekam einen Fall von Tripperrheumatismus in Behandlung, der vorher von einer Kniegelenkaffection durch Ausspülungen geheilt war. Der Pat. wies eine ganze Reihe von erkrankten Gelenken auf. Alle angewandten Mittel halfen nichts, ein chirurgischer Eingriff war nicht am Platz wegen der Multiplicität der Gelenkerkrankung. Versuchsweise wurde dem Pat. Guajacol gegeben. Schon nach 4–5 Tagen liessen die Schmerzen und die Schwellung nach, und es trat eine auffallende Besserung auf. Nach Aussetzen des Mittels trat eine Verschlimmerung ein, die bei weiterem Gebrauch des Guajacols zurückging. Pat. brauchte darnach das Mittel längere Zeit und konnte genesen entlassen werden.

Herr **Voss** erinnert daran, dass früher beim Tripperrheumatismus balsamische Mittel mit Erfolg angewandt wurden.

Herr **Petersen** spricht sich gleichfalls für eine möglichst frühzeitige Punction beim Tripperrheumatismus aus. Ferner hält er die Massage für wichtig. Da die Gonococcen häufig subsynovial sitzen, können sie nur durch Massage herausgeschafft werden. Anstatt von Tripperrheumatismus sollte man richtiger von Arthritis gonorrhoica sprechen.

Herr **Tiling** warnt vor der Massage bei Erkrankungen bakteriellen Ursprungs. Durch Massiren eines kranken Gelenkes kann man leicht metastatische Erkrankungen anderer Gelenke oder Sehnenscheidenentzündungen hervorrufen, sogar Endocarditis gonorrhoica. Es ist sichergestellt, dass in einigen Fällen durch Massage der letale Ausgang veranlasst wurde. Ebenso ist vor der Massage bei nicht schwerer tuberculöser Arthritis zu warnen.

Herr **Masing** fürchtet ebenfalls Metastasen und reservirt daher die Massage für chronische Krankheiten. Der Tripperrheumatismus ist jedenfalls eine ernste Affection, die häufig und schnell zu Contracturen führt; aber auch der acute Gelenkrheumatismus ist ähnlich wie der Scharlach in seinen Folgen unberechenbar. Die Salicylsäure sieht M. nicht als Specificum beim Rheumatismus an, und ist deswegen für die Mittheilung der Behandlungsmethode dem Vortragenden besonders dankbar.

Herr **Kallmeyer** erkennt gleichfalls die Unzulänglichkeit der Salicylsäure und ähnlicher Präparate an. Er selbst hat über 100 Fälle im weiblichen Obuchowhospital behandelt, darunter waren Fälle, bei denen weder Natr. salicyl. noch andere Mittel halfen. Bäder hat er nur einige Mal und mit schlechtem Erfolge angewandt, allerdings wandte er niedrigere Temperaturen als der Vortragende an. Seine Pat. stammten meist aus niederem Stande; häufig handelte es sich um schlecht genährte, anämische Personen, manchmal um Frauen in der Lactationsperiode. Bei solchen Pat. würde er nicht so heisse Bäder anwenden, da er sie für einen zu starken Eingriff hält. Die Schwitzproceduren haben vielleicht deswegen weniger Bedeutung, weil die rheumatischen Kranken schon selbst zum Schwitzen geneigt sind, ausserdem aber auch das Natr. salicyl. ein schweisstreibendes Mittel ist. Ferner fürchtet K., dass durch die heissen Bäder die Haut empfindlich gemacht und eine Disposition zu Erkältungen geschaffen wird, weswegen die Pat. nach einer solchen Behandlung länger ans Haus gefesselt werden müssten.

Betreffs der vom Vortragenden erwähnten Endocarditis weist K. darauf hin, dass die so häufig beim acuten Rheumatismus beobachteten systolischen Geräusche am Herzen sich in der Mehrzahl der Fälle später als accidentelle und Fiebergeräusche erweisen, die bald schwinden ohne einen wesentlichen Schaden zu hinterlassen. Bei einem Recidiv aber müsse man schon sehr viel vorsichtiger die Herzgeräusche beurtheilen. Bei Complicationen mit Endocarditis würde K. jedenfalls so heisse Bäder wie sie Vortragender empfiehlt, nicht verabfolgen.

Herr **Moritz** betont nochmals, dass die Endocarditis nicht als Contraindication für seine Behandlungsmethode anzusehen ist. Die Hydrotherapie erfordert nur dann eine Einschränkung, wenn das Herz in seiner Thätigkeit geschwächt ist (frequenter, kleiner Puls bei länger dauerndem Rheumatismus). Frauen hat er im Ganzen nicht häufig behandelt, doch glaubt er, dass auch bei ihnen sein Verfahren wohl angewandt werden kann natürlich wird man auf einzelne Fälle Rücksichten zu nehmen haben. Da das Wesentliche seiner hydrotherapeutischen Maassnahmen nicht das heisse Bad allein ist, sondern dieses mit nachfolgender kalter Abwaschung, hat er nicht nur keine Disposition zu Erkältungen auftreten sehen, sondern er sah vielmehr sogar eine Festigkeit gegen Erkältungen sich ausbilden. Seine Behandlungsmethode ist jedenfalls wirksamer als viele andere Methoden, die Abmagerung und der Fettverlust, der gewöhnlich am Ende der Cur constatirt werden kann, hat nichts zu bedeuten, da die Pat. sehr schnell wieder zunehmen.

2. Herr **Petersen** berichtet über den unlängst in Breslau stattgehabten **Dermatologencongress**.

Secretär: W. **Beckmann**.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 31. August 1894.

1. Dr. **Gilbert** berichtet über einen seltenen Fall von angeborenem Mangel des Uterus.

2. Dr. **Treymann** demonstrirt ein 12 Pfund schweres von ihm kürzlich per Laparotomiam gewonnenes Uterusmyom.

3. **Derselbe** hält seinen angekündigten Vortrag über «Eklampsie». (Erscheint demnächst in dieser Zeitschrift).

Dr. v. **Stryk** pflichtet nach seinen Erfahrungen den Ausführungen Dr. **Treymanns** in Betreff der Morphiumtherapie zu.

Dr. **Gilbert** führt die Asphyxie der Kinder Eklamptischer auf Harnstoffvergiftung zurück und hält daher die Sectio caesarea in solchen Fällen für zwecklos.

Dr. v. **Knorre** hat in Dorpat Gelegenheit gehabt Parallelversuche mit Chloral und Morphium anzustellen, welche zu Gunsten des letzten ausfielen. In der Statistik Dr. **Treymanns** ist ihm die grosse Zahl Mehrgebärender auffallend.

Dr. **Keilmann** kann nach seinen Erfahrungen nicht die Abhängigkeit der Prognose von der Anzahl der Anfälle bestätigen, indem er Genesung nach 40 und mehr Anfällen, aber schon nach 1. Anfall den Tod eintreten sah. Ihm scheint es überhaupt fraglich, ob in den Anfällen an sich eine Schädlichkeit liege. Die Aetiologie ist bis jetzt noch als dunkel zu betrachten. Nach seinen Beobachtungen müsse man jedenfalls 2 verschiedene Gruppen der Eklampsie streng von einander scheiden. Die erste Gruppe wird gebildet von Zufällen reiner Urämie, es findet sich dabei stets Eiweiss. Die II. Gruppe ist als auf allgemeiner nervöser Grundlage entstanden, aufzufassen. Die Therapie habe dieser Auffassung Rechnung zu tragen. Die Theorie, welche die Eklampsie auf Infection zurückführt, ist in Deutschland verlassen.

Dr. **Schabert** hat pathol. anatomisch in einzelnen Fällen Coagulationsnecrose in den Nieren mikroskopisch feststellen können, ein Zustand der sich allgemein bei Processen entwickelt, welche durch Einwirkung von Toxinen bedingt werden.

Dr. **Treymann** kann sich mit den Ausführungen Dr. **Keilmanns** nicht einverstanden erklären, da der pathol. anatomische Befund nach seinen Beobachtungen dagegen spricht. Aus einem Tetanus uteri könne man nicht auf allgemeine nervöse Veranlagung schliessen, da derselbe bei ganz gesunden Kreissenden angetroffen wird, anderseits bei Eklampsie die Wehen überhaupt sehr stark zu sein pflegen.

Dr. **Schönfeldt** hat bei Aufnahme der Anamnese Nervöser nie das von Dr. **Keilmann** betonte Moment bestätigt gefunden.

d. Z. Secretair: Dr. **Radecki**.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Unter der Bezeichnung **Thyreoïdin** kommen jetzt verschiedene Präparate der Schilddrüse in Handel. **White** bereitete mit gleichen Theilen Wasser und Glycerin ein Extract aus der Drüse, welches nach Ansäuern mit Phosphorsäure mit Kalkhydrat bis zur alkalischen Reaction versetzt wurde. Der erhaltene Niederschlag wurde nach dem Auswaschen über Schwefelsäure in der Kälte getrocknet. Das so gewonnene Pulver wurde in Dosen von 0,18 innerlich gegeben. Vermeh-



ren erhielt sein Thyreoidin durch Fällen eines Glycerinextractes und Auswaschen mit Alkohol. F. Merck (Darmstadt) hat gleichfalls ein pulverförmiges Präparat hergestellt — Thyreoidinum siccatum. Die Drüsen wurden bei niederer Temperatur getrocknet und pulverisirt. 0.6 des Pulvers entsprechen den wirksamen Bestandtheilen einer ganz frischen Schilddrüse mittlerer Grösse. Die Tagesdosis beträgt 0,1—0,3. Die Verordnung geschieht in Pillen- oder Pastillenform nach folgenden Formeln: Thyreoidini siccati 2,0 Terrae silicae, Mucilag. Tragac. q. s. ut f. pill. 20. Consp. Lycopodio. D. S. 1—3—6 Pillen täglich oder Thyreoidini siccati 2,0 Sacchari lactis 18,0 M. f. Trochisci 20 D. S. 1—3—6 Pastillen täglich. Ein anderes auch für die Verordnung in Pillenform geeignetes Präparat ist: Extractum glandulae thyreoideae nach Dr. Sieck; es wird erhalten durch Fällen eines Glycerinextractes mit Alkohol, Vermischen des Niederschlages mit einer gewogenen Menge Infusorienerde und Trocknen des Gemenges bei 35°. Durch Zusatz von Pulv. rad. Altheae und Succ. Liquir. lassen sich leicht Pillen formen. (Therap. Monatshefte. Juli, 1894).

— M. Ferrand empfiehlt Glycerin als Mittel bei Gallensteincoliken und ist zu folgenden Resultaten gelangt: 1) Das in den Magen gebrachte Glycerin wird von den Gefässen, die vom Magen zum Hilus der Leber gehen absorbirt; man findet es im Blut der Lebervenen wieder. 2) Das Glycerin ist ein machtvolles Gallenlösungsmittel und ein werthvolles Mittel gegen Gallensteincoliken. 3) in der grossen Gabe von 20 - 30 grammes bewirkt das Mittel das Ende der Krisis 4) in der Gabe von 5—15 grammes in etwas alkalischem Wasser täglich genommen beugt es Krisen vor.
(La France médicale № 19 1894. Societè mèdicale des Hopitaux).

Vermischtes.

— Der Director des Medicinaldepartements des Ministeriums des Innern, wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin, ist aus dem Auslande nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Für die Zeit der Abwesenheit des Directors der hiesigen Maximilian-Heilanstalt, Ehrenleibchirurgen Dr. Weljaminow, welcher an das Hoflager in Livadia berufen ist, ist mit den Functionen desselben an der genannten Heilanstalt Dr. W. P. Rajew betraut worden.

— Der Professor der Histologie, Embryologie und vergleichenden Anatomie an der Warschauer Universität, wirklicher Staatsrath Dr. Heinrich Hoyer, ist nach Ausdienung von 30 Jahren aus diesem Amt entlassen worden. Es ist ihm jedoch gestattet worden als ausseretatmässiger Docent Vorlesungen zu halten.

— Verstorben: 1) Am 8. October in Moskau der dortige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Robert v. Knoblock, im 81. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1835—1837 studirte. Nach Erlangung des Doctorgrades im Jahre 1843 wurde K. Ordinator am Arbeiterhospital in Moskau und war zugleich Besitzer einer Wasserheilanstalt ebendaselbst. Dr. Knoblock gehörte zu den Gründern des Moskauschen evangelischen Hospitals und war Präses des Verwaltungs-Comites desselben. Seit 1866 fungirte er auch als weltlicher Beisitzer des evangelisch-lutherischen Consistoriums zu Moskau. 2) Am 30. Sept. in Kiew der ehemalige Professor der Anatomie an der dortigen Universität Dr. Woldemar Betz im 61. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der Kiewer Universität im Jahre 1860 war B. Prosector der Anatomie und dann von 1868—1889 Professor der Anatomie an derselben Universität. Nach seiner Verabschiedung fungirte B. als Oberarzt der Südwestbahnen. Seine Specialität war das Studium des Centralnervensystem. Für eine Sammlung ausgezeichneter Hirnpräparate erhielt er auf der Weltausstellung in Wien (1873) die grosse silberne Medaille. 3) Am 6. October starb in der psychiatrischen Klinik der militär-medicinischen Academie der frühere Prosector dieser Academie, Dr. Alexander Dostojewski nach langer, schwerer Krankheit im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene ist vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiete der mikroskopischen Anatomie. 4) In Nagasaki der Schiffsarzt Dr. Alexander Schtscherbak am Kehlkopfkrebs im 46. Lebensjahre. Bevor Sch. Arzt der freiwilligen Flotte wurde, war er als Militärarzt im serbisch-türkischen Kriege, im russisch türkischen Feldzuge und im Transkaspigebiet unter Skobelew thätig. 5) In München der bekannte ehemalige Jenaer Professor der internen Medicin, Dr. Joseph Rossbach, im 53. Lebensjahre. Nachdem er in Jena 10 Jahre als Director der med. Klinik gewirkt, musste er vor 2 Jahren wegen Krankheit seine Lehrthätigkeit aufgeben. Neben zahlreichen anderen Arbeiten hat R. namentlich durch sein gemeinschaftlich mit Prof. Nothnagel bearbeitetes «Handbuch der Arzneimittellehre» und sein «Handbuch der physikalischen Heilmethoden» sich einen Namen gemacht. 6) In Brigthon Dr. William Moon, der Erfinder des nach ihm benannten Systems der Schriftzeichen für Blinde, im 75. Lebensjahre. Moon war selbst blind. Sein System ist bis jetzt für 476 Sprachen und Mundarten angewandt worden.

— In Hamburg ist der Assistent des dortigen hygienischen Institut, Dr. Oergel, ein Opfer seiner Studien der Choleravibrionen geworden. Während der Abwesenheit des Directors des Instituts, des Professor Dunbar, welchen Oergel vertrat, erkrankte er plötzlich bei seinen Arbeiten mit Choleraculturen unter deutlich ausgesprochenen Symptomen der Cholera und erlag derselben nach 8 Tagen. An sämmtlichen Krankheitstagen gelang der Nachweis der Choleravibrionen in den Dejectionen. Solche Fälle von Laboratoriumscholera sind nicht gerade selten vorgekommen. Der erste bekannt gewordene derartige Fall kam im Jahre 1884, bald nachdem Prof. Koch den Erreger der Cholera entdeckt hatte, im Reichsgesundheitsamte in Berlin vor, wo ein Theilnahmer an den Cholera-Cursen für Medicinalbeamte sich mit Choleraculturen inficirte und mit allen Symptomen der Cholera erkrankte. Später wurden Fälle von Laboratoriumscholera in Danzig bei einem Laboratoriumswärter und im Krankenhause Moabit in Berlin bei einem Assistenzarte beobachtet. Noch vor Kurzem berichtete die «Allg. m. C.-Ztg.» über zwei Fälle aus dem Koch'schen Institut für Infectionskrankheiten, wo die Professoren Pfeiffer und Pfuhl, denen man doch gewiss nicht die gute Schulung in solchen Arbeiten absprechen kann, sich mit Choleraculturen inficirten.

— Der erbliche Ehrenbürger P. A. Pawlow hat nach der «N. Wr.» der Moskauer Universität ein Capital von 50,000 Rbl. geschenkt, von dessen Zinsen Prämien von je 400 R. verliehen werden sollen und zwar 2 Prämien in der historisch-philologischen und je 1 Prämie in der juristischen und medicinischen Facultät. Die Themata zu den Preisarbeiten haben die Facultäten zu bestimmen, diese Prämien dürfen aber nur Personen russischer Abstammung und orthodoxer Confession zuerkannt werden!

— Nach dem soeben erschienenen «Personalverzeichniss der Kais. Universität Jurjew (Dorpat)» betrug die Gesammtzahl der Studirenden daselbst am 15. September d. J. 1247 (gegen 1348 im Herbst des vorigen Jahres). Was die Vertheilung der Studirenden nach Facultäten betrifft, so ist nur innerhalb der theologischen Facultät die Zahl der Studirenden gestiegen nämlich von 234 auf 252, während dieselbe in der medicinischen Facultät von 824 auf 743 Studirende und ebenso in der physiko-mathematischen und historisch-philologischen Facultät gegen das Vorjahr zurückgegangen ist. In der juristischen Facultät ist die Zahl der Studirenden (99) die gleiche geblieben. Die Zahl der Pharmaceuten, die nicht mehr zu den Studirenden gerechnet, sondern als «Zuhörer der Pharmacie» bezeichnet werden, ist von 198 auf 277 gestiegen. Betreffs der Herkunft der Studirenden ist zu erwähnen, dass aus den Ostseeprovinzen 709 stammen (gegen 768 im Vorjahre) und aus dem Innern des Reichs 530 (gegen 555 im Vorjahre). Die Zahl der Ausländer beträgt 8. Den Rückgang der Universität illustriren in evidenter Weise noch einige Daten, welche die «Neue Dörptsche Ztg.» über die Frequenz der Universität zusammengestellt hat. Die höchste Zahl der Studirenden hatte die Universität in steter Zunahme im II. Semester des Jahres 1890 erreicht; dieselbe belief sich damals — mit Ausschluss der Pharmaceuten — auf 1664 (jetzt 1247). Auf die einzelnen Facultäten vertheilte sich diese Zahl folgendermassen: die medicinische 884 (jetzt 743), die theologische 284 (jetzt 252), die physikomathematische 234 (jetzt 110), die juristische 156 (jetzt 99), die historisch-philologische 102 (jetzt 43). Hinsichtlich der juristischen Facultät ist übrigens zu bemerken, dass sich die Zahl der Studirenden bereits vorher bedeutend vermindert hatte, die grösste Zahl der Studirenden zählte diese Facultät im II. Semester 1885, nämlich 284 (jetzt 99).

— Von Dührssen's geburtshülflichem Vademecum (Berlin S. Karger) ist soeben die fünfte Auflage erschienen. Dieselbe ist gegen die frühere um 5 Bogen vermehrt, ohne an Uebersichtlichkeit eingebüsst zu haben. Das Buch ist in fast alle lebenden Sprachen übersetzt.

— In den kaukasischen Mineralbädern sind in der verflossenen Saison im Ganzen 7547 Curgäste (4387 Männer, 3160 Frauen) gewesen und zwar in Pjatigorsk 3922, in Kislowodsk 2363, in Essentuki 1480 und in Shelesnowodsk 1396 Curgäste.

— Der Abonementspreis für die chirurgischen Annalen («Хирургическая Лѣтопись»), welche von den Professoren N. W. Sklifassowski und P. J. Djakonow (Moskau) herausgegeben werden, wird mit dem nächsten Jahrgange um einen Rubel erhöht werden, somit 8 Rubel jährlich betragen.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg kann mit dem 12. October als erloschen angesehen werden, da von den 5 Cholerakranken, welche sich in den Hospitälern noch in Behandlung befanden, 1 gestorben und 4 genesen und seit dem 6. October keine Neuerkrankungen mehr vorgekommen sind. Nach unserer Berechnung sind vom Beginn der Epidemie, d. i. vom 19. Juni d. J. bis zum 12. Oct. d. J.

also in kaum 4 Monaten in St. Petersburg im Ganzen 4570 Personen an der Cholera erkrankt. 2315 von ihnen genesen und 2227 gestorben.

Werfen wir nun einen Rückblick auf die 3 letzten Cholera-epidemien, welche unsere Stadt heimgesucht haben, so müssen wir die diesjährige Epidemie als die schlimmste bezeichnen, da sie wider alles Erwarten mit solcher Heftigkeit, auftrat, dass die Epidemien der beiden vorhergehenden Jahre von ihr vollkommen in den Schatten gestellt wurden. Während in den vorhergehenden Epidemien selbst in der Akme derselben die höchste Zahl der täglichen Erkrankungen nie die Ziffer 156 überstieg, kamen in diesem Jahre schon in der zweiten Woche gegen 200 Neuerkrankungen (am 2. Juli sogar 218 Erkrankungen) vor und stieg am 7. Juli die Zahl der Todesfälle in 24 Stunden auf über 100. Dem entsprechend ist auch die Mortalität in diesem Jahre eine grosse gewesen, indem fast die Hälfte der Erkrankten der Seuche erlegen ist.

Was den Stand der Choleraepidemie im übrigen Reiche anbelangt. so lässt sich auch dort überall ein Nachlass der Epidemie constatiren. Nur 4 Gouvernements Podolien, Perm, Wladimir und Bessarabien weisen noch eine die Ziffer 100 übersteigende Zahl von Neuerkrankungen auf.

Bernhoff.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. October d. J. 5827 (121 mehr als in der Vorwoche), darunter 149 Typhus — (5 weniger), 859 Syphilis — (32 mehr), 146 Scharlach — (3 mehr), 33 Diphtherie — (6 mehr), 25 Masern — (7 mehr), 14 Pocken — (3 weniger) und 4 Cholerakranke (9 weniger).

Vacanzen.

1) Die Medicinalabtheilung der Astrachanschen Gouvernementsregierung macht bekannt, dass folgende Arzt-Stellen vacant sind:

a) im Astrachanschen Gouvernement: 3 Stadtarztstellen in Jenotajewsk und Tscherny Jar mit 400 R. Gehalt und in Zarew mit 450 R. Geh. jährlich; 3 Kreisarztstellen mit je 840 R. Geh. und 300 R. Fahrtengelder.

b) in der inneren Kirgisenhorde: 2 Arztstellen mit 1225 R. Gehalt und freier Wohnung oder 150 R. Quartiergeld.

2) Es wird für die Goldwäschereien der Frau Gorjajewa im Orenburgschen Gouvernement (300 Werst von Orenburg entfernt) ein Arzt gesucht, der vorzugsweise Chirurg sein muss. Geh. 800 Rbl. nebst freier Wohnung. Hinreise auf Kosten der Frau Gorjajewa. Adresse: «Золотые прiиски Г. Горяевой въ Орскомъ уѣздѣ.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2 bis 8. October 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
220	207	427	90	33	80	15	5	6	32	36	36	32	34	18	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 14, Diphtherie 21, Croup 3, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 5, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 2, Parotitis epidemica 2, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 54, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 30, Todtgeborene 20.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. October.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 24. October.







Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.
Frau **Amalie Schulze**, Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 15 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, 22. October (3. November) **1894**

Zur Differentialdiagnose der Pyelitis und Cystitis.

Von

Dr. A. Schabert

in Riga.

Die Schwierigkeiten und Irrungen, die bei der Differentialdiagnose der Pyelitis und Cystitis sich ereignen können, sind jedem Praktiker genugsam bekannt, zumal bei der Mehrzahl aller Pyelitis-Erkrankungen — den secundären, ascendirenden.

Nicht nur, dass neben einer sicher constatirten Cystitis eine complicirende Pyelitis übersehen werden kann, auch das Umgekehrte kann stattfinden, die Zeichen der Pyelitis sind da, aber die Cystitis macht keine Erscheinungen und bleibt occult.

In ersterer Beziehung möchte ich die chronische Gonorrhoe nennen. Meiner Erfahrung nach sind ein grosser Theil jener Fälle von Pyurie nach Gonorrhoe, die, für Cystitis angesprochen, monate- und jahrelang einer rationellen localen Behandlung trotzen, und die, eine wahre Crux der Patienten und Aerzte, die Ansicht von der Unheilbarkeit der chronischen Gonorrhoe mit begründet haben, nichts weiter als Fälle von Cysto-Pyelitis oder gar reiner occulter Pyelitis. Zu derselben Ansicht muss man für einen Theil der mit Strictur complicirten Cystitisfälle gelangen. Auch hier spielt die Pyelitis eine noch nicht genügend gewürdigte versteckte Rolle. Namentlich hat man jene Fälle, wo reiner Eiter das ganze mikroskopische Bild beherrscht, — jenes Bild das Dittel als Cystitis 3. Grades zeichnet — immer der Pyelitis zu verdächtigen. Kein Wunder, wenn in diesen Fällen eine topische Blasenbehandlung fruchtlos bleibt.

Aber auch das Umgekehrte kommt vor. Vor Kurzem consultirte mich eine Patientin von auswärts, der angeblich eine Luftveränderung zur Ausrottung einer südrussischen Malaria verordnet war. Es bestanden von Zeit zu Zeit auftretende Schüttelfröste mit hohem Fieber. Der Urin trübe, milchig, sauer, 1014, enthielt reichlich Alb. und reinen Eiter. Die rechte Niere vergrössert, beweglich, schmerzhaft. Die Milz klein. Von Seiten der Blase keine Symptome. Zur Constatirung, ob die linke Niere noch intact, nahm ich die cystoscopische Untersuchung vor; wie überrascht war ich hier eine blutrothe, gefaltete, mit Eiterflocken förmlich bedeckte Blasenschleimhaut vorzufinden. Gewiss hätte sich diese heftige Cystitis neben der notorischen Pyelitis und Papillonephritis durch die Abwesenheit aller Symptome ohne die Cystoscopie der Erkenntniss entzogen.

Von den bekannten zu differentialdiagnostischen Zwecken sonst in Betracht gezogenen Momenten will ich in voller Uebereinstimmung mit neueren Ansichten gegen eine bekannte alte — der Reaction des Urins an sich gar keine Bedeutung zusprechen. Dasselbe gilt vom Schmerz. Wesentliche Stützen der Diagnose Pyelitis dagegen bilden, abgesehen von der Albuminurie, das niedrige specifische Gewicht und die Polyurie. Diese Dinge sollte man auch bei der chron. Blennorrhoe der Gonorrhoiker nie aus dem Auge lassen.

Was leistet nun aber die Cystoscopie? Ist es möglich durch directe Beobachtung der Vorgänge an den Ureterenmündungen einen Schluss auf den Sitz der Pyurie zu ziehen? Nitze[1]) berichtet darüber, dass bei bestehendem Blasencatarrh der klare aus dem Ureter hervorspritzende Urin jedes Mal eine deutliche Aufhellung der Ureterengegend veranlasste, wenn sich der Blaseninhalt vorher getrübt hatte. «Noch leichter» sagt Nitze, wird man erkennen können, wenn pyelitisch trüber Urin in die vorher mit klarem Wasser erfüllte Blasenhöhle entleert wird. Wir werden direct beobachten können, durch welchen Harnleiter bei Abwesenheit von Blasencatarrh der durch Veränderungen in den oberen Harnwegen mit Eiter vermischte trübe Urin in die Blase gelangt». Nitze verlangt also als Bedingung zur erfolgreichen Beobachtung die Abwesenheit eines Catarrhs

[1]) Nitze, Lehrbuch der Cystoscopie, pag. 260.

der Blase, ein Zustand der sich in der Praxis aber gerade nicht sehr häufig vorfindet. Uns liegt meist daran, gerade trotz des Blasencatarrhes die Complication mit Pyelitis zu constatiren. Und dieses ist auch zu erreichen. Ich will daher über einen alle Ungunst der Verhältnisse in sich vereinigenden Fall von Cystitis, combinirt mit Pyelitis berichten, welchen ich im Frühjahr dieses Jahres durch die freundliche Aufforderung des Collegen Dr. H. mehrfach zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um eine 35-jährige Dame, welche nach einer Zwillingsgeburt eine croupöse Blasenentzündung acquirirte. Es ging neben Blut und Eiter ein handtellergrosser Fetzen ab, dessen mikroskopische Untersuchung die Diagnose «necrotische Blasenschleimhaut» ergab. Diesem Ereigniss folgte sehr bald eine Incontinenz. Trotz sehr sorgfältiger Behandlung von Seiten ihres Hausarztes, trotz einer in Berlin von einer Autorität geleiteten Cur, besserte sich ihr Zustand in keinem Punkte. Pat. kehrte nach Riga zurück und wurde im März in die Privatklinik von Dr. H. aufgenommen. Pat. ist eine kleine, gracile und anämische Dame. Ihre einzige Sorge ist die Entfernung der Incontinenz. Beim Urinact nur selten und wenig Schmerzen; in der Nierengegend garkeine Schmerzen, keine Oedeme; guter Appetit, keine Temperatur-Steigerungen. Urin vollständig milchig, wie chylöser Urin, sauer 1007, enthält Albumin, keine freien Fetttropfen, keine Cylinder. Das Sediment bildet ca. $^{2}/_{5}$ der Glashöhe und besteht nur aus Eiterkörperchen.

Bei der ersten cystoscopischen Untersuchung konnte nur constatirt werden, dass die Blase in der That der Sitz eines geradezu verheerenden Processes war. Die Wände vollständig mit Eitermembranen austapezirt; das Medium trübte sich schnell. Tägliche Spülungen. Bei der zweiten Untersuchung fand ich keinen sehr viel besseren Zustand, doch orientirte ich mich über folgende Details: die Schleimhaut hyperämisch, am Fundus stark gewulstet, mehrere grössere und kleinere Divertikel, am Vertex mehrere tiefroth verfärbte Stellen mit intensivem Belag. Der Fundus lässt sich am schlechtesten betrachten. da der Inhalt sich hier am raschesten trübt, aus dem Fundus steigen während der Untersuchung Blutwolken auf. Die tiefroth verfärbten Stellen am Vertex hielt ich für Geschwüre und es wurde die Dilatation der Blase mit nachfolgender Aetzung beschlossen. Es fand sich dabei in der That am Vertex ein Geschwür, welches mit Lapis in Substanz touchirt wurde; die übrige Blasenschleimhaut wurde mit 10% Argent. nitric. kräftig abgerieben. Pat. vertrug diesen Eingriff vortrefflich, es wurden tägliche Sublimatinstillationen verordnet und der Urin klärte sich rasch. Bald jedoch fiel auf, dass die Klärung des Urines einen Stillstand machte, dass eine fast constante relative Trübung, die ebenfalls auf Eiterkörperchen beruhte, übrig blieb, welche sich durch die angewandte Behandlung nicht mehr fortschaffen liess. Die III. cystoscopische Untersuchung ergab: nach wenigen Spülungen, klarer Blaseninhalt; keine Divertikel, die Schleimhaut überall glatt, die Gefässzeichnung bis ins feinste Detail sichtbar, keine der Schleimhaut adhaerirende Eiterflocken, am Vertex 3 in Verheilung begriffene Geschwüre von Kirschen- bis Kirschkerngrösse, der Grund flach, ohne Belag, der Rand mit feinen Granulationsknöpfchen besetzt. Das Alles bot sich als klares, zierliches Bild dar. Die Geschwüre befanden sich also in Heilung, die Schleimhaut der Blase war zur Norm zurückgekehrt, trotzdem behielt der Urin seine oben bezeichnete constante relative Trübung bei. Die Blasenschleimhaut konnte also allein nicht der Sitz der Pyurie sein. Da sich der Blaseninhalt schnell trübte und alle Zeit auf die Betrachtung des obigen Bildes verwandt worden war, blieb das Bild des Fundus noch unaufgeklärt. Seiner speciellen Durchmusterung war die letzte Cystoscopie gewidmet: die linke Uretermündung ist erweitert und stellt einen, wie mit einem Locheisen ausgeschlagenen Ring dar, von der Grösse eines Bleifederquerschnittes, der Rand ist starr und somit wird ein tieferer Einblick in den Ureter selbst gestattet, dessen Wand als blutrother Reflex durchschimmert. Ich beobachtete mehrere Contractionen, der starre Rand zog sich aber nie vollständig zusammen sondern blieb immer ein starrer Ring, welcher sich nur contrahirte und zugleich von dem mächtigen Ureter gehoben wurde, sodass man den Eindruck hatte, als käme einem der Ureter entgegen. Während der Contractionen wurde ein trüber Urin aus der Mündung ins Blaseninnere hinausgeschleudert und trübte das Gesichtsfeld. Die rechte Ureteröffnung ist kleiner, etwa von der Grösse eines Hühnerschrotes und sein Rand in radiäre Falten gelegt, auch er macht lebhafte Bewegungen, trüben Harn ausstossend. Den linken Ureter, den ich schon bei den früheren Untersuchungen, wie ich nachträglich constatiren konnte, zu Gesicht bekommen hatte, hatte ich für ein kleines Blasendivertikel gehalten. Die Menge des Harnes hatten wir niemals bestimmen können, da derselbe wegen der Incontinenz des Sphincters nicht gesammelt werden konnte. Cylinder waren nie gefunden worden.

Leider starb die Patientin mehrere Tage nach der zur Beseitigung ihrer Incontinenz vorgenommenen plastischen Operation unter urämischen Symptomen.

Die Obduction bestätigte vollständig das durch die Cystoscopie, und deren Schlussfolgerungen gewonnene Bild vom Zustande der Harnorgane: die Blasenschleimhaut glatt, nicht hyperämisch, ohne eitrigen Belag; die Geschwüre am Vertex verheilt; die Uretermündungen vergrössert; die Ureteren verdickt und dilatirt; der linke mehr als der rechte; das Nierenbecken erweitert; die Papillen necrotisch angefressen. Eiterherde in denselben, die Rinde getrübt; das echte Bild der Pyelonephritis, die linke Niere in höherem Maasse dem geschilderten Process verfallen als die rechte.

Auf die einzelnen interessanten Details des Falles, so die radicale Heilung der heftigen nach einer croupösen Entzündung restirenden Cystitis, auf die Art und die Heilung der Geschwüre, auf das Verschwinden der Divertikel und manche andere interessante Beobachtung will ich bei dem mir vorgesteckten Thema nicht näher eingehen. Nur diejenigen Momente seien erwähnt, welche im Hinblick auf die Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Pyelitis uns interessiren. Betrachten wir den Fall rein klinisch, so lag nur in dem niedrigen specifischen Gewicht, das zwischen 1007 und 1015 schwankte, das einzige Moment, welches auf eine Betheiligung des Nierenbeckens hinwies. Die Menge war wegen der Incontinenz nicht zu eruiren, der Albumingehalt war nicht grösser, als er den colossalen producirten Eitermengen entsprach. Cylinder waren nie gefunden worden, es bestanden keine Oedeme, keine Herzhypertrophie und andrerseits bestand ein nachweisbar schwerstes Blasenleiden ganz bekannter Provenienz. Mehr als ein Verdacht auf complicirende Miterkrankung der Nieren durfte nicht gewagt werden. Erst das Cystoscop hat uns die volle gewünschte Klarheit verschafft und zwar direct indem es uns zweierlei sehen liess, die erweiterten, zu einem starren Ring umgebildeten Ureteröffnungen und das Ausstossen des trüben pyelitischen Urins. Die Erkenntniss der letzteren Thatsache gehört entschieden zu den schwierigsten Momenten, welche es zu erfassen gilt und ich will gerne zugeben, dass sich dem Beschauer in vielen Fällen von Pyelitis die ernstesten Bedenken aufdrängen werden. Aber ich glaube es doch ganz deutlich gesehen zu haben und bin überzeugt, dass eine grössere Uebung die Sicherheit des Urtheils in diesem Punkte sehr fördern kann. Im Hinblick gerade auf diese Reserve halte ich darum den ersteren der erwähnten Punkte für um so bedeutungsvoller: die Vergrösserung der Ureteröffnungen. Die Betrachtung der Uretermündungen wird in der Cystoscopie in Bezug auf die Erkrankungen der Ureteren und des Nierenbeckens entschieden eine grosse Rolle spielen. Wir sahen, dass die Ureterenmündungen nicht nur weit waren, sondern dass sie auch starr waren, unfähig zu einer vollständigen Contraction; es bestand also eine Verdickung der Ureterwände und zugleich ein freier Zugang zum Nierenbecken. Findet sich also diese Thatsache im cystoscopischen Bilde, so ist klar, dass die Cystitis die Blase überschritten hat und ascendirt. Ich meine also, wir durften auf diesen Befund hin auch ohne Sichtbarwerden des trüben ausspritzenden Urines die Pyelitis-Complication diagnosticiren. Ein negativer Befund beweist natürlich garnichts. Ein möglichst reiches Sectionsmaterial an Pyelitisleichen hätte vom anatomischen Standpunkte aus dieser Frage näher zu treten. Mir selbst ist es nach dieser Beobachtung nur einmal vergönnt gewesen an einer an Tuberculose der Harnorgane Verstorbenen diese Verhältnisse zu sehen und ich habe eine vollständige Bestätigung des Gesagten gefunden. Die Betreffende, die bis zu ihrer Aufnahme ins Krankenhaus ihre Dienste als Magd vollständig verrichtet hatte, starb nach wenigen Tagen im Coma. Die rechte Niere zu einer vollständigen Käsemasse umgewandelt; der Ureter auf

4 Cm. erweitert; einige Cm. vor dem Eintritt in die Blase total stenosirt; die linke Niere im Zustande käsiger und miliarer Tuberculose, der Ureter 3 Cm. breit, durchgängig; beide Ureterenöffnungen stark erweitert, für den Finger passirbar. Wenn man bedenkt, dass die Uretermündung nur einen feinen zart conturirten Schlitz darstellt, den wir häufig erst mit Suchen und Sonde entdecken können, so können die geschilderten Veränderungen nicht verfehlen, als Ausdruck einer bedeutungsvollen Erkrankung von uns angesprochen zu werden. Bemerken will ich allerdings, dass die vergrösserte Oeffnung nicht verwechselt werden darf mit einer vergrösserten Papilla ureteris; man sieht Papillen im cystoscopischen Bilde, nicht viel kleiner als eine kleine Papilla mammae, die Oeffnung im Centrum derselben ist aber klein.

Ehe ich ende, möchte ich noch den eingangs schon erwähnten Momenten welche uns den Verdacht eines ascendirenden Processes jedesmal nahe legen sollen, einige Bemerkungen hinzufügen. Drei Thatsachen sind es, welche alle in gleichem Sinne uns gewärtigten, einen ascendirenden Process vorzufinden. Zunächst die Beobachtung, welche während der die Cystoscopie vorbereitenden Spülungen der Blase gemacht wurde; es fand sich, dass trotz fortgesetzter Spülungen nur eine relative Klarheit erreicht wurde, ja einmal wurde die Spülflüssigkeit zum Schlusse noch trüber. Zweitens fand es sich, dass der Fundus derjenige Theil war, welcher stets das trübste Bild gab (was bei klarem Urin nie der Fall ist) und drittens dass der Urin trotz constatirter wesentlicher Besserungen, wenn nicht Genesung, der Blasenschleimhaut doch noch eine reichliche Eitermenge führte. Diese 3 Thatsachen allein — und auch jede für sich, — genügen die Niere der Mitbetheiligung zu verdächtigen. Jedenfalls bilden sie eine werthvolle Unterstützung der Erkenntniss und sollten nicht ausser Acht gelassen werden. Zumal sollte die Methode einer lang fortgesetzten Blasenspülung und gründlichen Untersuchung der letzten Spülflüssigkeiten — da ja Katheter und Spritze überall zur Hand sind — allgemein und nicht nur von den Urologen zu differentialdiagnostischen Zwecken benutzt werden.

Vom Cystoscopiren sagt man, dass man bei klarem Urin in der Blase nichts zu suchen habe und bei trübem nichts sehen könne. Obwohl diese Meinung, die nur eine oberflächliche Bekanntschaft mit diesem schönen diagnostischen Instrument voraussetzt, schon längst widerlegt ist, so werden doch noch viele Beweise der Brauchbarkeit gerade unter den schwierigsten Verhältnissen zu beschaffen sein, ehe ein allgemeines Vertrauen zu diesem Instrument unter den praktischen Aerzten Platz greift.

Ein derartiges Beispiel der Brauchbarkeit des Cystoscopes unter den schwierigsten Verhältnissen glaube ich geliefert zu haben. Zwar gelingt nicht alles in einer Sitzung. Aber wie oft auscultiren und percutiren wir, wie oft laryngoscopiren wir unsere Kranken, ehe unsere Ansicht zu einer Diagnose ausgereift ist. Die Nothwendigkeit der Wiederholung einer so klärenden Untersuchungsmethode darf derselben nicht zum Vorwurf gemacht werden. Möge dem genialen Erfinder derselben das allgemeine Vertrauen der Aerzte zu seinem Instrument nicht lange vorenthalten bleiben.

Ueber den Ursprungsort verschiedener Krampfformen*).

Von

Dr. P. Turtschaninow und Prof. K. Dehio.

Wenn man die Krampfbilder, die durch verschiedene krampferzeugende Gifte hervorgerufen werden, genau beobachtet, so bemerkt man leicht, dass dieselben nicht nur unter sich, je nach dem angewandten Gift ein sehr ungleiches Aussehen zeigen, sondern auch in sich selbst aus sehr verschiedenen einzelnen Zügen zusammengesetzt sind, die unsere Aufmerksamkeit gesondert für sich beanspruchen.

Bei der Santoninvergiftung z. B. findet man ausser unregelmässigen Zuckungen, welche bald hier bald dort am Maul, im Gesicht und am ganzen übrigen Körper des vergifteten Thieres auftreten, mit grosser Regelmässigkeit noch zwei andere Krampfformen, nämlich erstens Anfälle von allgemeinen Convulsionen, welche mit Streckkrampf beginnen, in allgemeinen Clonus übergehen und mit Geifern, Pupillendilatation, Athemstillstand und offenbar auch mit Bewusstseinstrübung verbunden sind, kurzum als richtige epileptiforme Anfälle bezeichnet werden müssen. Zweitens fehlen nie, sobald die Vergiftung einen gewissen Grad erreicht hat, sehr charakteristische, plötzliche, allgemeine Muskelcontractionen, welche plötzlich den ganzen Körper durchzucken und die Thiere aus völliger Ruhe auffahren lassen, wie wenn sie von einem starken, electrischen Schlage getroffen würden. Wir bezeichnen dieses Zucken als blitzartiges Zusammenfahren des ganzen Körpers. Es ist dieselbe Erscheinung, die man zuweilen an sich selbst kurz vor dem Einschlafen beobachten kann, und die das Gefühl erweckt, «als wenn man plötzlich durch das Bett hindurchfiele». Reflectorisch kann dieses Zusammenfahren oder Aufschrecken bei jedem Menschen, besonders leicht aber bei Nervösen und Säuglingen durch überraschende starke Sinneseindrücke, plötzliche Geräusche u. s. w. hervorgerufen werden.

Bei der Vergiftung mit Carbolsäure treten ganz andere motorische Reizerscheinungen auf. Abgesehen von allerlei hochcoordinirten aber unwillkürlichen Bewegungen, wie Lauf-Tret-Stossbewegungen in den Extremitäten, bemerkt man eigenthümliche, plötzliche, an den verschiedensten Muskeln auftretende vereinzelte Contractionen, die wir als isolirte Muskelzuckungen bezeichnen und die die grösste klinische Aehnlichkeit haben mit den uncoordinirten Muskelstössen der Myoclonie. Ausserdem befindet sich der ganze Körper des Thieres in einem fortwährenden Tremor und Schaudern, der sich in nichts von dem bekannten Kältezittern bei Thier und Mensch unterscheidet.

Das Physostigmin endlich bewirkt hauptsächlich das schon mehrfach beschriebene Muskelflimmern, wie man es auch bei hochfiebernden Menschen, namentlich wenn sie plötzlich entblösst werden, beobachten kann.

Alle die eben angeführten Krankheitsformen kommen, wie man sieht, auch bei Menschen vor und sind daher von klinischem Interesse. Um so näher liegt die Aufforderung den centralen Ursprungsort derselben zu ermitteln — eine Aufgabe, der sich Herr Dr. med. Turtschaninow unterzogen hat.

Die Methode der Untersuchung bestand darin, dass zunächst an Hunden verschiedene Unterschneidungen und Durchschneidungen an verschiedenen Theilen des centralen und peripheren Nervensystem vorgenommen wurden und dann, nachdem sich die Thiere von diesen Eingriffen einigermassen erholt hatten, denselben eines der schon genannten Gifte intravenös in die Blutbahn gespritzt wurde. Die Modificationen, die die nun erfolgenden Krämpfe durch die vorausgegangene Operation erlitten, gestatten dann den Schluss auf den Ursprungsort der einzelnen Krampfformen.

So sind folgende Resultate festgestellt worden: Durch die doppelseitige Unterschneidung der gyri sigmoïdei, welche die psychomotorischen Centra für den Rumpf und die Extremitäten enthalten, verschwinden die epileptiformen Krämpfe, welche durch Santonin erzeugt werden können. Nur in der Gesichtsmuskulatur, deren Centra von der Unterschneidung nicht betroffen wurden, bleiben sie bestehen. Desgleichen bleiben unverändert: der Tremor, das blitzartige Zusammenfahren des ganzen Körpers, die isolirten Muskelzuckungen und das Muskelflimmern.

Nach Durchschneidung der Hirnschenkel verschwinden vollständig die epileptiformen Krämpfe und der Tremor, und es bleiben bestehen: das blitzartige Zusammenfahren des ganzen Körpers, die isolirten Muskelzuckungen und das Muskelflimmern.

Nach Durchschneidung des Rückenmarkes verschwinden unterhalb der Durchschneidungsstelle die epileptiformen Krämpfe, der Tremor und das blitzartige Zusammenfahren des ganzen

*) Die vorstehende Mittheilung, die ich im vorigen Semester in der Dorpater Naturforschergesellschaft gemacht habe, enthält ein Referat der russischen Dissertation des Herrn Turtschaninow, welche unter meiner Leitung verfasst worden ist. In gekürzter Form ist diese Arbeit auch im Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. 14, 1894 erschienen unter dem Titel: «Experimentelle Studien über den Ursprungsort einiger klinisch wichtiger toxischer Krampfformen von Dr. P. Turtschaninow». Da Herr Turtschaninow durch äussere Umstände verhindert ist, selbst eine kurze Wiedergabe seiner Arbeit zu verfassen, so habe ich die obige Form gewählt, um die Leser der St. Petersburger medicin. Wochenschrift mit derselben bekannt zu machen. K. Dehio.

Körpers, es bleiben aber bestehen in der unteren (gelähmten) Körperhälfte: die isolirten Muskelzuckungen und das Muskelflimmern.

Nach Durchschneidung des Nervus cruralis und des Nervus ischiadicus eines Hinterbeines verschwinden aus dem gelähmten Bein die eleptiformen Krämpfe, der Tremor, das blitzartige Zusammenfahren und die isolirten Muskelzuckungen. Es bleibt nur das Muskelflimmern bestehen.

Wenn man endlich die peripheren, motorischen Nervenendigungen durch Curare lähmt, so kann auch das Muskelflimmern nicht mehr durch Physostigmin erzeugt werden.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass die toxischen epileptiformen Anfälle, durch Santonin erzeugt, durch die Wirkung des Giftes auf die motorische Hirnrinde hervorgerufen werden.

Der Tremor, durch Carbolsäure erzeugt, muss oberhalb der Hirnschenkel, also gleichfalls im Grosshirn seinen Ursprung nehmen. Die Hirnrinde ist aber dabei nicht betheiligt, da die Zerstörung derselben den Tremor nicht beeinträchtigt. Den centralen Sitz der dem Tremor zu Grunde liegenden toxischen Erregung können wir mit einiger Wahrscheinlichkeit in den grossen Ganglien des Hirnstammes suchen. Die grosse Aehnlichkeit des Carboltremors mit dem Kältezittern veranlasste dazu, Thiere, denen die gyri sigmoidei entfernt oder die Hirnschenkel, respective das Rückenmark durchschnitten waren, der Kälte auszusetzen. Es fand sich, dass die Unterschneidung der motorischen Rindenzone das Kälteschaudern nicht verhinderte, wohl aber verschwand letzteres bei der Hirnschenkeldurchschneidung vollständig und bei der Rückenmarksdurchschneidung in der unteren, gelähmten Körperhälfte. Also eine vollkommene Uebereinstimmung des toxischen Tremor mit dem Kälteschaudern. Auch letzteres nimmt offenbar im Grosshirn seinen Ursprung.

Die Ursprungsstätte des blitzartigen Zusammenfahrens des ganzen Körpers, durch Santonin erzeugt, muss unterhalb der Hirnschenkel und oberhalb des Rückenmarkes gelegen sein. Wahrscheinlich haben wir als Ursache desselben die Erregung des am Boden des IV. Ventrikels und in der Brücke gelegenen Nothnagel'schen Krampfcentrums anzusehen.

Die isolirten Muskelzuckungen, durch Carbolsäure bewirkt, entstehen durch Erregung im Rückenmarke. Auch die Myoclonie wird für eine Erkrankung des Rückenmarkes gehalten.

Das Muskelflimmern bei Physostigminvergiftung beruht offenbar auf einer Erregung der Nervenendigungen innerhalb der Muskelsubstanz.

Es ist im Vorstehenden ein Versuch gemacht worden, die Localisationen oder besser gesagt, den Ursprungsort verschiedener Krampfformen an Hunden zu bestimmen, doch dürften die Resultate dieser Arbeit auch für die menschliche Pathologie nicht ohne Interesse sein. Ebenso, wie das Studium der experimentellen Epilepsie uns einen Einblick in die genuine Epilepsie des Menschen geschaffen hat, so ist auch zu erwarten, dass fortgesetzte Experimente in der Art der vorgelegten Untersuchungen den Kreis unserer Kenntnisse über manche andere menschliche Krampfformen erweitern werden.

Referate

W. Jürgens: Ein Fall von Embolie der Aorta. Aus der Hospitalklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat. (Münchener medicin. Wochenschrift. 1894.)

Ein 27-jähriger junger Mann, der seit seiner Jugend an einem Herzfehler (Jnsufficientia mitralis) litt, erkrankte plötzlich mit Fieber; dabei empfand er ein Gefühl von Brennen in der Magengegend und Kälte in den Beinen mit allgemeiner grosser Schwäche. Der linke Unterschenkel war geschwollen, schmerzhaft, geröthet und allmählich trat in ihm Gefühllosigkeit und Unbeweglichkeit ein. Es handelte sich hier um den embolischen Verschluss der linken Art. poplitea. Zwei und eine halbe Woche darnach traten wiederum eines Morgens starke Schmerzen im Magen auf und nach einigen Stunden war eine paraplegische Lähmung mit Sensibilitätsverlust an der ganzen unteren Körperhälfte bis hinauf zum Nabel zu constatiren.

Im Laufe des Tages in's Hospital gebracht, zeigte sich an den unteren Extremitäten und an der unteren Hälfte des Abdomens eine marmorirte livide Verfärbung. Die untere Körperhälfte fühlte sich kalt an. Die Beine waren gelähmt und ihre Sensibilität wie Reflexe verschwunden. Der Cruralpuls war kaum und später gar nicht mehr fühlbar. Das Abdomen war stark aufgetrieben. Blase und Mastdarm waren gelähmt. Am Herzen hörte man ein lautes systolisches Geräusch. — In wenigen Stunden schwoll das Abdomen noch mehr an, die marmorirt-livide Verfärbung wurde deutlicher und breitete sich weiter aus und unter zunehmender Körper- und Herzschwäche trat noch am Abend des Erkrankungstages der Tod ein, wobei blutig gefärbter Mageninhalt erbrochen wurde.

Section. Cyanose der unteren Körperhälfte — Stauungshyperämie und Oedem in den abhängigen Lungentheilen, blutiger Hydrothorax beiderseits. Transsudat im Pericardium; Insufficienz und Stenose der Valvula mitralis. — Blutiges Transsudat in der Peritonealhöhle, tiefe Cyanose der Därme und blutig flüssiger Inhalt im Magen und ganzen Darm. — Nieren cyanotisch mit älteren und frischen Infarcten. — Frische Infarcte der Milz. — Cyanotische Muscatnussleber. — Nach abwärts vom Abgang der Arteria renalis ist das Lumen der Aorta abdominalis von festen bröcklichen Thrombusmassen angefüllt, die theils schon entfärbt sind und theils noch ein frisch rothes Aussehen haben und der Gefässwand fest anhaften. Frische thrombotische Gerinnungen setzen sich in beide Arteriae iliacae hinein fort. Die linke Arteria poplitea ist durch einen älteren schon organisirten embolischen Thrombus vollkommen obliterirt. — Im linken Vorhof fanden sich noch geringe Reste älterer Gerinnungen.

Offenbar war zuerst aus dem Herzen ein Embolus losgerissen worden, der die linke Arteria poplitea verstopfte und ein anderer Theil des Herzthrombus muss sodann in die Aorta gefahren und über ihrer Gabelung stecken geblieben sein. Das Aussehen dieses letzteren machte es wahrscheinlich, dass die Embolie der Aorta schon einige Zeit vor dem Tode, vielleicht gleichzeitig mit der Embolie der Art. poplitea, erfolgt ist, und dass der aortale Embolus erst allmählich durch frische Blutgerinsel, die sich auf ihm niederschlugen, soweit angewachsen ist, dass er die Aorta vollkommen verschloss und so zum Tode des Patienten führte.

Die Verfärbung und Kühle der unteren Körperhälfte, die Cyanose des Darmes, sowie die blutig-seröse Transsudation in das Darmlumen und die Peritonealhöhle waren durch die Unterbrechung der Blutzufuhr bedingt. Die eigentliche motorische und sensible Paraplegie aber konnte, da die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes einen völlig normalen Befund ergab, nicht durch eine Ischämie des Lumbaltheils des Rückenmarkes erklärt werden, sondern musste auf die plötzliche Unterbrechung der Ernährung in den peripheren Muskeln und Nerven zurückgeführt werden.

Autoreferat.

A. Hecht: Zur Aetiologie der Paracolpitis puerperalis. (Münch. m. W. Nr. 33.)

Die 24-jährige I para hatte vor 10 Tagen eine normale Entbindung durchgemacht. Das Wochenbett verlief ohne jeglichen Störungen. Da erkrankte dieselbe plötzlich am 10. Tage an Retentio urinae, Schmerzen links vom Kreuzbein sowie an Schlaflosigkeit. Bei der Besichtigung der äusseren Genitalien constatirte H. einen 1½ Cm. langen, durch die hintere Commissur gehenden Riss. Die Wundränder klafften, waren geröthet und derb infiltrirt. Ausfluss aus der Scheide war nicht vorhanden. Die hintere Scheidenwand äusserst schmerzhaft und bretthart infiltrirt bis nach oben ins hintere Scheidengewölbe. Der Uterus war gut zurückgebildet, ein Cervixriss nicht nachweisbar. Die Allgemeintemperatur war erhöht (38,7). Es wurden Ausspülungen der Scheide mit 1 pCt. Lysollösung und warme Sitzbäder verordnet und der Riss mit Jodoform und Salicylwatte bedeckt. Am 4. Tage hatte die Retentio urinae nachgelassen, so dass der Katheter nicht mehr angewandt zu werden brauchte. Die Temperatur betrug gegen Abend 40,8°. Die innere Untersuchung ergab 2 Finger breit unterhalb des Scheidengewölbes eine undeutlich fluctuirende Stelle, die am nächsten Morgen incidirt wurde, worauf sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleerte. Damit trat im Befinden der Patientin sofort ein Umschlag ein: Das Fieber sank zur Norm, die Schmerzen schwanden, Schlaf und Appetit kehrten wieder. Der Riss durch die hintere Commissur heilte spontan aus. Dieser Fall beweist, welchen Gefahren eine Wöchnerin ausgesetzt wird, wenn geringe Verletzungen an der Vulva übersehen werden. Speciell solche an der hinteren Commissur sollten sofort durch die Naht vereinigt werden, da sie unmöglich vom Wochenfluss unberührt bleiben können.

Weyert.

W. Beckmann: Ueber die Untersuchung Kreissender per rectum. Journal für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1894. IX. (russisch)

Seit Einführung der Antiseptik in die Geburtshülfe hat die Sterblichkeit im Wochenbett nicht abgenommen. Diese Thatsache erklärt sich im Wesentlichen durch ungenügende Beobachtung der Vorschriften der Antiseptik in Bezug auf die Reinigung der mit dem Genitalkanal der Kreissenden in Berührung gebrachten Hände. Die überwiegende Zahl der Geburten wird von Hebammen geleitet, die die grösste Schuld an der gleich hoch bleibenden Wochenbettsmortalität tragen. Aber auch Aerzte sind nicht immer gewissenhaft genug in der



Desinfection ihrer Hände. Um die Gefahr der Infection zu verringern, schlug Leopold vor sich auf die äussere Untersuchung zu beschränken und die Vaginaluntersuchung möglichst einzuschränken. Dieser Vorschlag verdient durchaus befolgt zu werden. Die äussere Untersuchung ist aber in einigen Fällen selbst für den Geübten schwierig und lässt völlig im Ungewissen über den Stand der Eröffnung des Uterus und der Fruchtblase; in manchen Fällen ist es auch nicht möglich mit Hülfe der äusseren Palpation festzustellen, welcher Kindstheil vorliegt. Ries und Krönig empfahlen für solche Fälle die Rectaluntersuchung. Verf. hat in der St. Petersburger Entbindungsanstalt diesen Vorschlag nachgeprüft und kommt zum Schluss, dass bei normalen Geburten man mit der äusseren und Rectaluntersuchung auskommen kann. Per rectum kann man das Becken allseitig austasten. Falls die Portio vaginalis nicht verstrichen ist, kann solches stets per rectum festgestellt werden. Gegenüber der Vaginaluntersuchung waren folgende Unterschiede zu constatiren. Es konnte per rectum nicht bestimmt werden in 1 pCt. der Fälle die Grösse des Muttermundes, in 7 pCt. der Stand der Fruchtblase, in 4 pCt. der vorliegende Theil und in 28 pCt. Fontanellen und Nähte. Demgemäss ergiebt die Rectaluntersuchung einen nur geringen Unterschied gegenüber der Vaginaluntersuchung bei der Bestimmung der Eröffnung des Muttermundes, der Blase und des vorliegenden Kindstheils, ergänzt also die äussere Untersuchung in ausreichender Weise. Fontanellen und Nähte konnten per rectum bei hochstehendem Kopf in etwa ¹/₄ der Fälle nicht gefühlt werden. Ihre Bestimmung ist aber bei normalen Geburten weniger wichtig, da die Lage des Kindes stets durch die äussere Untersuchung und nach den Herztönen diagnosticirt werden kann. Bei pathologischen Geburten ist selbstverständlich die Vaginaluntersuchung nicht zu umgehen. Wohl aber ist es möglich den Hebammen das Untersuchen per vaginam bei der Leitung normaler Geburten ganz zu untersagen, wodurch eine Herabsetzung der Zahl der Wochenbettserkrankungen erzielt werden könnte.

Autoreferat.

Smith: Zur Behandlung der narkotischen Suchten. (Münch. m. W. Nr. 34.)

Die Gesichtspunkte, die Vortragender bei der Behandlung als leitend angesehen haben will, sind kurz folgende: Alle narkotischen Suchten können nur in besonders günstig dazu gelegenen und eingerichteten, ärztlich geleiteten Anstalten, die mit geringen Modificationen als offene geführt werden sollen, zur Heilung gelangen. Zur Erleichterung der Entziehung oder zur Behandlung intercurrenter Störungen darf kein Mittel angewandt werden, bei dem erfahrungsgemäss die Möglichkeit einer Angewöhnung an dasselbe feststeht. Hierbei ist in erster Linie an den Alkohol zu denken. Bei Alkoholismus muss sofort bei der Aufnahme des Kranken der Alkohol gänzlich entzogen werden und es giebt keine Indication, welche es rechtfertigen könnte, einem gewesenen Trinker gegenüber Alkohol als Heilmittel anzuwenden. Die Dauer der Behandlung in der Anstalt soll 6—18 Monate betragen. Die Entziehungsweise des Morphiums richtet sich nach der Grösse der gewohnten Dosis, der Dauer der Vergiftung und vor Allem nach der Individualität des Kranken. Man wird von sofortiger bis zu allmählicher, im Allgemeinen nicht über 3 Wochen dauernder Entziehung sich durch den jedes mal vorliegenden Fall leiten lassen. Ein dauernder Erfolg ist bei der Morphiumentziehung in gleicher Weise wie bei der des Alkohols nur dann zu erwarten, wenn gleichzeitig der Alkohol entzogen wird und der Kranke sich zu dauernder Alkoholabstinenz entschliesst, da fast alle Rückfälle sich auf einen Alkoholexcess zurückführen lassen.

Weyert.

B. Gomperz (Wien): Ueber die Wirkung künstlicher Trommelfelle. (Vortrag, gehalten in der otiatr Section der 66. Versammlung deut. Naturf. und Aerzte, Sitzung vom 29. September 1894).

Nach einem kurzen Rückblick auf die bisherigen Theorien über die Wirkungen des künstlichen Trommelfelles hebt G. hervor, dass alle Autoren sich dahin aussprechen, dass man von vornherein aus dem Trommelfellbefund keinen Schluss darauf ziehen könne, ob und wie die Prothese wirken werde. G. behauptet nun, dass sich bei den meisten Lücken, die kleiner als ein Quadrant des Trommelfelles sind, eclatante Hörverbesserungen nicht erzielen lassen, was er daraus erklärt, dass hiebei die Kette der Gehörknöchelchen meist intact ist.

Er fand die Prothese in den Fällen wirksam, wo das Trommelfell bis auf einen schmalen Saum an der Peripherie zerstört, der Hammergriff aber zum Theil, oder noch ganz erhalten und dann dem Promontorium adhaerent war. Ferner dort, wo die Lücke den hinteren oberen Quadranten, oder die ganze hintere Trommelfellhälfte einnahm. Immer war die Fenestra ovalis frei zugänglich; die Mucosa war meist epidermisirt und fast immer fehlte der lange Ambossschenkel; nur in der Minderzahl der Fälle war die Gehörknöchelchenkette complet; oft waren vom Steigbügel schon die Schenkel zerstört und nur mehr die Fussplatte vorhanden. Immer war ein ziemlich stark in die Augen springender Abstand zwischen der hinteren oberen Umrandung der Perforation und der Fenestra ovalis vorhanden, so dass dort, hinter dem Hammergriffe, eine tiefe Nische bestand. Dabei konnte G. beobachten, dass plattenförmige Trommelfelle nicht immer wirkten, besser die Wattekugeln, am besten aber die aus Borsäurepulver gebildeten künstlichen Trommelfelle; hiebei werden, besonders wenn der Ambosskörper noch mit dem Hammer in Verbindung steht, an die Steigbügelplatte Schallwellen gelangen, die früher nur auf dem Wege vom Hammer über den Amboss hinkamen. Gomperz wendet in allen diesen Fällen mit Vorliebe die schon von Rosegarten empfohlenen Pulvertrommelfelle an, die gut eingeblasen, nach dem Versiegen der Eiterung wochen- und monatelang liegen bleiben, keine Beschwerden machen und an hörverbessernder Wirkung alle übrigen künstlichen Trommelfelle übertreffen.

Autoreferat.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. **Richard Thoma**: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Erster Theil. Allgemeine pathologische Anatomie mit Berücksichtigung der allgemeinen Pathologie. Mit 436 Abbildungen und 4 Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Mit dem jüngst erschienenen ersten Bande eines Lehrbuches der pathologischen Anatomie hat Prof. Thoma begonnen seine wissenschaftlichen Anschauungen und Erfahrungen, welche bisher den Gegenstand seiner Vorlesungen gebildet haben, in zusammenfassender Form darzulegen und dadurch auch weiteren Kreisen bekannt zu geben. Die Klarheit und lebendige Frische in der Wiedergabe von Thatsachen, die objective und kritische Darlegung bisher noch ungelöster und vielumstrittener Fragen, die meisterhafte und oft eigenartige Durchführung von Inductionen, durch welche Prof. Thoma in seinen academischen Vorträgen viele Hunderte von Zuhörern zu fesseln und anzuregen gewusst hat, spricht auch aus jeder Seite seines soeben erscheinenden Werkes, dem in Folge dessen vieles von der Unmittelbarkeit erhalten geblieben ist, welche sonst zu schwinden pflegt, wenn das gesprochene Wort durch das geschriebene ersetzt werden muss. Freilich können diejenigen, denen es vergönnt gewesen ist, Schüler des hochverdienten Verfassers zu sein, hierin nur einen unvollkommenen Ersatz für seine durch äussere Umstände leider zu früh unterbrochene Lehrthätigkeit erblicken.

Die Eigenart des Verf. giebt sich nicht nur in der Darstellungsweise, sondern auch in der Eintheilung des zu behandelnden Materiales kund. Nach einer Einleitung, welche den Zweck hat den Leser mit den Methoden der Forschung, mit dem Begriff der Krankheit und mit den Aufgaben der Pathologie bekannt zu machen, folgt als erster Hauptabschnitt die Besprechung der allgemeinen Aetiologie der Erkrankungen. Derselbe umfasst folgende Kapitel: Traumen und traumatische Erkrankungen, Intoxicationen und Gifte, Infectionen und Parasiten, Erblichkeit, Missbildungen. Der zweite Hauptabschnitt hat die elementaren Formen der Erkrankung zum Gegenstande und ist in die Kapitel über die Störungen des Blutumlaufes und über die Störungen der Gewebsernährung gegliedert. Der letzte Hauptabschnitt beschäftigt sich mit den zusammengesetzten Erkrankungsformen und zwar im Einzelnen mit den Organerkrankungen und der Entzündungsfrage, ferner mit den geschwulstähnlichen autonomen Neubildungen und endlich mit den Allgemeinerkrankungen. Der Rahmen eines kurzen Referates gestattet es nicht, so verlockend es auch wäre, auf jedes der Kapitel näher einzugehen, und es sei daher gestattet nur auf einige wenige derselben besonders hinzuweisen. Vor Allem verdient die Discussion der Entzündungsfrage hervorgehoben zu werden, worin Verf. von Neuem seine seit Jahren vertretene Ansicht durchführt, dass der Begriff der Entzündung in keiner Weise genügend definirt werden kann, und daher unter allen Umständen so allgemein und unbestimmt bleibt, dass er nahezu mit dem Begriffe der localen Erkrankung zusammenfällt. Verf. will die ganze Entzündungslehre, als mit dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht mehr vereinbar, fallen gelassen und die Bezeichnung «Entzündung» aus der medicinischen Nomenclatur ausgemerzt wissen. Ferner tritt in dem Abschnitt über die elementaren Formen der Erkrankung das Bestreben des Verfassers in die Mechanik pathologischen Geschehens einzudringen mit grösster Deutlichkeit hervor und besonders wiederum bei der Besprechung der Kreislaufsstörungen, deren Studium Verf. einen hervorragenden Theil seiner experimentellen Thätigkeit gewidmet hat. Endlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Kapitel über Intoxicationen und Infectionen eine durchaus eigenartige Behandlung erfahren haben, indem Verf. im Sinne der modernsten bakte-



riologischen Anschauungen beständig bestrebt gewesen ist, eine Parallele zwischen den beiden genannten aetiologischen Factoren durchzuführen. Wenn auch speciell auf dem Gebiete der Infectionslehre manche Fragen (Immunität, Heilung, Specificität gewisser Krankheitserreger) noch ohne Berücksichtigung einiger in den letzten Jahren festbegründeter Thatsachen erörtert worden sind, so bietet doch dieses Kapitel in der Bearbeitung des Verfassers selbst dem Erfahreneren viel Anregendes, und für die Mittheilung der Entwickelungsgeschichte dieses Wissenszweiges wird ihm ein jeder Dank wissen, der den Mangel solcher Mittheilungen in den verbreitetsten Lehrbüchern der Bakteriologie empfunden hat.

Die zahlreichen im Text und auf besonderen Tafeln beigegebenen Zeichnungen sind mit wenigen Ausnahmen von dem Verf. selbst nach eigenen Präparaten ausgeführt, ein Umstand der gewiss in den Augen Vieler den Werth des Werkes noch erhöhen wird. Das Buch ist aber auch in jeder anderen Beziehung elegant ausgestattet, wie es die medicinische Leserwelt an den Bänden der Enke'schen «Bibliothek des Arztes» gewöhnt ist. Wladimiroff.

F. Hansy: Zur Casuistik und Therapie der Blutgefässgeschwülste. «Beiträge zur klin. Medicin und Chirurgie» Heft 3. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 1893.

Die Arbeit entstammt der Klinik des verstorbenen Th. Billroth und enthält die Erfahrungen, die dort seit 1877 an 93 Fällen von verschiedenartigen Gefässgeschwülsten gemacht worden sind. Es ist eine durch die Reichhaltigkeit des zu Grunde liegenden Materials werthvolle und interessante Schrift, auf die wir alle Fachcollegen aufmerksam machen wollen. W.

E. Luther: Ueber Chloroform, seine Wirkung und Folgen. Klinische Zeit- und Streitfragen VII. Band, 8. Heft. Wien 1893, Alfred Hölder.

Die Narkosenfrage ist zur Zeit wieder eine sehr brennende geworden. Da wird auch dieser kleine Beitrag mit Interesse gelesen werden. Das allerdings nicht sehr reichaltige Krankenmaterial ist gut bearbeitet worden, auch sind einige neue experimentelle und physiologisch-chemische Arbeiten anderer Autoren im Zusammenhang besprochen, woraus sich auch neue Gesichtspunkte ergeben. Manche von den aufgestellten Behauptungen erscheinen nicht genügend begründet, regen aber zu weiteren Forschungen an. Auf eine Inhaltswiedergabe müssen wir verzichten. W.

H. Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für Studirende und praktische Aerzte. Mit 191, theilweise farbigen Holzschnitten im Text und 2 lithographirten Tafeln. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1894.

Die deutsche medicinische Literatur verfügt bekanntlich über eine grosse Anzahl Lehrbücher der klinischen Propädeutik, darunter viele von anerkannter Güte. Wenn wir trotzdem das Erscheinen dieses neuen Werkes freudig begrüssen, so liegt es vor Allem daran, dass in ihm ein bewährter klinischer Lehrer und Forscher seine langjährigen Beobachtungen und Erfahrungen niedergelegt und so dem Werke den Stempel der Originalität aufgedrückt hat. Die Existenzberechtigung seines Buches sieht Verfasser selbst in dem Umstande, dass es «zu einem erheblichen Theil auf eigener Arbeit beruht und desshalb einen gewissen Grad von Eigenart besitzt». Wenn wir aus dem reichen Inhalte des Werkes Einiges herausgreifen dürfen, so wären vor Allem die Capitel, die der physikalischen Diagnostik gewidmet sind, zu erwähnen; dieselben sind mit ganz besonderer Sorgfalt bearbeitet worden und zeugen von der gewissenhaften Art und Weise, wie der Autor seine Schüler mit den Grundprincipien der physikalischen Untersuchungsmethoden bekannt zu machen bestrebt ist und die für den Anfänger schwer verständlichen Thatsachen in übersichtlicher, leicht fasslicher Weise vorzuführen bemüht ist. So veranschaulicht er die physikalischen Lungenbefunde in allen ihren bekannten Typen durch farbige Darstellungen, erläutert die Druckverhältnisse bei den verschiedenen Klappenfehlern durch zahlreiche, leicht verständliche hydraulische Schemata, so dass der Anfänger ein klares Bild von den aus den pathologischen Verhältnissen resultirenden Hypertrophien und Dilatationen erhält. Sehr eingehend behandelt er die Klappengeräusche, bespricht alle akustischen Eigenthümlichkeiten derselben, immer wieder bemüht durch graphische Darstellung das Verständniss für manche schwierige, dabei diagnostisch äusserst wichtige Punkte zu erleichtern; um nur auf ein Beispiel hinzuweisen, erwähnen wir hier den mit sehr instructiven Aufzeichnungen versehenen Abschnitt über Localisation der Klappengeräusche bei multiplen Klappenfehlern. Auch der chemische Theil des Werkes, die Untersuchungsmethoden der verschiedenen Se- und Excrete, lässt nach keiner Hinsicht Etwas zu wünschen übrig, die Methoden sind so klar und so deutlich angegeben, dass der Anfänger seine chemischen Untersuchungen direct nach dem Texte des Buches ausführen kann. In mustergiltiger Weise hat Verfasser die Methoden der Untersuchung des Nervensystems zusammengestellt, die zum Theil schwierigen Fragen durch Diagramme erläutert; ganz besonders möchten wir hier das Capitel über Sprachstörungen spec. Aphasien lobend hervorheben. Wir sind überzeugt, dass das Sahli'sche Werk binnen kurzer Zeit sich einen grossen Kreis von Anhängern, sowohl unter Studirenden, als auch besonders unter Aerzten, erwerben wird und können unseren Lesern das Anschaffen desselben auf das Wärmste empfehlen. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Abelmann.

Heinrich Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. Berlin, Verlag von Wreden. 1894.

Die neue Auflage dieses weit verbreiteten Lehrbuches ist von dem Verfasser mit zahlreichen Verbesserungen versehen worden. Das Buch bedarf keiner Empfehlung, da sein Ruf fest begründet ist. Die klare Darstellungsweise möge allein ganz besonders hervorgehoben werden. Die medicamentöse und diätetische Seite der gynäkologischen Therapie wird neben den modernen operativen Methoden genügend berücksichtigt. Der reichhaltige Stoff ist in knapper, prägnanter Form entsprechend den Resultaten der allerneuesten Forschung bearbeitet worden. Zahlreiche Abbildungen mikro- und makroskopischer Präparate sind der neuen Auflage des Buches hinzugefügt.

W. Beckmann.

Dr. L. Löwenfeld (München). Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden. Bergmann. 1894.

Wir möchten nicht unterlassen an dieser Stelle auf das Erscheinen eines Werkes hinzuweisen, das eine Lücke in der deutschen Literatur auszufüllen berufen ist. Seit fast 2 Decennien ist von deutscher Seite eine zusammenfassende Darstellung der Lehre von der Neurasthenie und der mit ihr eng verwandten Hysterie nicht unternommen worden und wir begrüssen daher den stattlichen Band von Löwenfeld's Pathologie, als ein in vortrefflicher Weise zusammengestelltes Nachschlagebuch, das allen Anforderungen genügen muss und welches den in anderen Sprachen erschienenen und eben erscheinenden würdig zur Seite gestellt werden kann. Des Näheren auf das Werk einzugehen verbietet uns der Raum; wir möchten aber nicht unerwähnt lassen, dass ein jedes der dreizehn grossen Kapitel mit gleicher Liebe und Gründlichkeit behandelt ist, daher ein abgeschlossenes Ganzes vorstellt und uns von der grossen eigenen praktischen Erfahrung des Verfassers sowie von seiner Literaturkenntniss zeugt. Lobend erwähnen möchten wir noch den Druck. Und so wünschen wir denn dem Werke, das zwei so verbreitete und immer noch zu wenig gekannte Neurosen behandelt die weiteste Verbreitung. K.

Dr. A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1893. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Wiesbaden. Bergmann. 1894.

Schon im Laufe der letzten Jahre haben wir mehrfach Gelegenheit genommen Pollatschek's Jahrbuch zu besprechen und auf seine Vorzüge hinzuweisen. Der Jahrgang 1893 ist umfangreicher, als die bisher erschienenen und enthält viel Neues und Anregendes. Speciell haben auch die therapeutischen Mittheilungen auf den Congressen von 1893 gebührende Aufnahme gefunden. Nach bisherigem Princip sind die auf ein Thema bezüglichen Beobachtungen und Mittheilungen im Zusammenhange referirt und der Modus der einzuschlagenden therapeutischen Maassregeln genau angegeben. Bei unserem stets regen Bedürfniss und Interesse für Fortschritte in der Therapie werden die «therapeutischen Leistungen» gewiss auch dieses Mal zahlreiche Leser finden. K.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— M. J. Straus (Paris) ist es gelungen die Anwesenheit von virulenten Tuberkelbacillen im Innern der Nasenhöhle bei gesunden Individuen nachzuweisen, welche von Phthisikern bewohnte Räume besuchen. Als Versuchsobjecte dienten Krankenwärter und Krankenwärterinnen, einige Patienten, welche mit nicht tuberkulösen Erkrankungen sich bereits ziemlich lange in phthisischen Abtheilungen aufhielten und endlich eine Reihe von Eleven. Von allen diesen Personen wurden unter strengsten Cautelen aus der Nasenhöhle Staub, Schleim und feste Partikel entnommen und Meerschweinchen damit peritoneal geimpft. So gelang es nachzuweisen, dass von 29 gesunden oder wenigstens auf



Tuberculose in keiner Weise suspecten Personen, welche sich kürzere oder längere Zeit in den betreffenden Hospitalräumen aufgehalten hatten, 9 Personen in ihren Nasenhöhlen den virulenten Tuberkelbacillus beherbergten. Wenn also Cornet den Nachweis geliefert hat, dass in der Luft von Phthisikern bewohnter Räume Tuberkelbacillen suspendirt sind, so ist Straus der Lösung des Problems noch näher getreten. Wir wissen jetzt also, dass die Bacillen im Vollbesitz ihrer Virulenz in die Nasenhöhlen eindringen und sich dort unverändert aufhalten können, bei Personen, welche sonst gesund, sich einige Zeit in phthisischen Räumen aufhalten. Dies beweist aber auch wie gross die Anzahl der Keime in der Atmosphäre solcher Räume sein muss.

(Bulletin de l'Académie de Médecine № 27, 3. Juli 1894.)

Vermischtes.

— Der medicinischen Facultät der Universität Jurjew (Dorpat) steht wiederum ein empfindlicher Verlust bevor, indem der Docent für klinische Propädeutik, Dr. Ernst Stadelmann, vom Berliner Magistrat zum dirigirenden Arzt der inneren Abtheilung eines der Berliner städtischen Krankenhäuser gewählt worden ist und dieser ehrenvollen Berufung Folge leisten wird. Dr. Stadelmann hat seine medicinischen Studien in Zürich und Königsberg gemacht. Nach Erlangung der Doctorwürde war St. Assistent an der medicinischen Klinik unter Prof. Naunyn und habilitirte sich darauf als Privatdocent in Königsberg und später in Heidelberg. Von dort folgte er im Jahre 1889 einem Rufe an die Dorpater Universität, an welcher er ca. 5 Jahre mit Erfolg als academischer Lehrer gewirkt hat. Seine wissenschaftlichen Arbeiten bewegen sich vorzugsweise auf dem Gebiete der medicinischen Chemie; am bekanntesten sind seine Arbeiten über Lebererkrankungen und namentlich den Icterus.

— Den vacanten Lehrstuhl der Mineralogie an der militär-medicinischen Academie wird Dr. K. D. Chruschtschew erhalten.

-- Wie die «Nowoje Wremja» erfährt, ist für den erledigten Posten des Rectors der Warschauer Universität der Professor der Psychiatrie und Neurologie in Charkow, Dr. P. J. Kowalewski, in Aussicht genommen.

— Die geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft in Moskau hat in ihrer letzten Generalversammlung den Professor Snegirew zum Präsidenten und Prof. Makejew (welcher bisher Präsident war) zum Vicepräsidenten gewählt.

— Die Generalversammlung der Moskauer chirurgischen Gesellschaft hat Prof. Bobrow zum Präses und Prof. Djakonow zum Vicepräsidenten gewählt.

— Der bisherige Oberarzt des Rigaer Militärhospitals, Dr. J. W. Krjukowski ist zum Oberarzt des Moskauer Militärhospitals ernannt worden.

— In Olgopol (Podolien) ist der dortige Arzt Hersch Finkelstein zum Rabbiner gewählt worden.

— Dr. Heinr. Hoyer, Assistent des Prof. Schwalbe in Strassburg, ist als Professor der vergleichenden Anatomie an die Universität Krakau berufen worden. Hoyer stammt aus Warschau und ist, wenn wir nicht irren, ein Sohn des Warschauer Professors H. Hoyer.

— Bestätigt: Der ausserordentliche Professor an der Kasanschen Universität Dr. Fortunatow — als ordentlicher Professor der physiologischen Anatomie.

— Ernannt: Der stellv. ausserordentliche Professor der Universität Tomsk, Dr. Werner — zum etatmässigen ausserord. Professor für den Lehrstuhl der Chemie; der Privatdocent der Kasanschen Universität, Dr. Kasem-Beck -- zum ausserordentl. Professor der Diagnostik; der Privatdocent der Charkower Universität, Dr. Orschanski — zum ausserordentl. Professor für Nerven- und Geisteskrankheiten.

— Uebergeführt: der ordentl. Professor der ärztlichen Diagnostik an der Kasanschen Universität, Dr. Kotowschtschikow – auf den Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik dieser Universität.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Julius Schierwindt im 68. Lebensjahre. 2) Am 6. October hierselbst der Psychiater, wirkl. Staatsrath Dr. Peter Swershanski, am Schlage im Alter von 64 Jahren. Die ärztliche Praxis hat er fast 42 Jahre ausgeübt. 3) Am 27. August im Gouvernement Kostroma der Fabriksarzt A. J. Weltistow im 39. Lebensjahre am Herzschlage. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten, an welcher er im Jahre 1880 den Arztgrad erlangte. Nach Absolvirung war er anfangs Landschaftsarzt und in den letzten Jahren Fabriksarzt im Kirchdorf Rodniki, wo er viel für sanitäre Verbesserung der Wohnungen und der Arbeitsräume der Fabriksarbeiter gethan hat. W. hat seine Frau mit vier unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 4) In Wien der bekannte Ophthalmolog Prof. Dr. Ludwig Mauthner am Herzschlage. Der Hingeschiedene hatte erst vor Kurzem als Nachfolger von Prof. Stellwag von Carion die ordentliche Professur für Augenheilkunde an der Wiener Universität erhalten und die Leitung der ersten Augenklinik der Universität übernommen. 5) Am 1. October in Berlin der dortige Bezirksphysikus, Geh. Sanitätsrath, Dr. Leopold Lewin plötzlich im 74. Lebensjahre, nachdem er noch kurz zuvor in voller geistiger und körperlicher Frische seinen Pflichten als dirigirender Arzt am Untersuchungsgefängniss in Moabit und praktischer Arzt nachgekommen war. Im deutsch-französischen Kriege fungirte C. als Chefarzt der Lazarethe in Epernay.

— In Anbetracht der vom Ministerium des Innern angeordneten baldigen Einführung des neuen Statuts für die Civilkrankenhäuser hat die Odessasche Executiv-Commission der Verwaltung der städtischen Heilanstalten folgendes Project für die Gagirung der Aerzte und des übrigen Personals der Hospitäler aufgestellt; 1) Für das Stadthospital mit 800 ständigen- und 30 Reserve-Betten. 1 Oberarzt mit 4260 R. Gage und freier Wohnung, 5 ältere Aerzte mit je 1500 R. Gage, 15 jüngere Aerzte mit je 900 R. Gage und 7 Palaten-Aerzte mit je 600 R. Wohnung und freier Station; ausserdem 1 Prosector und 7 Feldscher mit Gage, 4 Consultanten und 5 Curatoren ohne Gage. Die Commission hält die Anstellung von 15 ausseretatmässigen Aerzten bei diesem Hospital für wünschenswerth. Die Remuneration des ausseretatmässigen Personals ist auf 79,000 R. veranschlagt; 2) Für das psysiatrische Hospital mit 250 ständigen und 10 Reserve-Betten, 1 Oberarzt mit 3000 R. Gage und freier Wohnung, 3 ältere Aerzte mit 1500 R. Gage, 2 Palaten-Aerzte mit 600 R. Gage, Wohnung und freier Station, 4 Consultanten, 2 ausseretatmässige Aerzte, 1 Prosector, 1 Apotheker, 2 Feldscher. Für den Unterhalt des ausseretatmässigen Personals dieses Hospitals sind 33,000 R. festgesetzt; 3) Für die Paul-Augenheilanstalt mit 53 ständigen und 10 Reserve-Betten: 1 Oberarzt mit 2500 R. Gage, 2 jüngere Aerzte mit je 900 R. Gage, 3 Consultanten, 1 Curator, 1 Feldscher. Zur Gagirung des ausseretatmässigen Personals sind 3549 R. ausgesetzt.

(Jushno-Russ. M. G. — Russ. Med.)

— In Folge einer seitens des Gouverneurs von Kiew erfolgten Anregung der Frage bezüglich der Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken hat das Medicinaldepartement vor Kurzem die Erklärung abgegeben, dass in Anbetracht dessen, dass die Technik des Hypnotisirens allen Aerzten bekannt ist, die Anwendung der Hypnose nur Aerzten zu gestatten ist unter Beobachtung der entsprechenden Verordnungen, nicht aber sogenannten Hypnotiseuren, wie z. B. Herrn Feldmann. (Herold).

— Dem Professor der Histologie und Embryologie in Tomsk Dr. A. S. Dogel, ist für seine Arbeiten über die Histiologie des Nervensystems seitens der Academie der Wissenschaften der Baer-Preis, bestehend in einer goldenen Medaille, dem Bildnisse Baer's und 1000 Rbl., sowie auf der letzten hygienischen Ausstellung hierselbst eine goldene Medaille zuerkannt worden. Ausserdem hat eine amerikanische Gesellschaft dem Professor 250 Dollar als Subvention für die Herausgabe seiner Arbeiten übersandt. (Tomsk. Anzeiger-Wr.)

— Die Stadt Jurjew (Dorpat) erhält in nächster Zeit eine neue Heilanstalt, welche als Erziehungsinstitut zur Heranbildung weiblicher Kräfte für den Krankenpflegedienst dienen soll. Die Mittel werden einer milden Stiftung entnommen, die gemäss dem ausgesprochenen Willen der verstorbenen Stifterin, Frau v. Reichenberg-Mellin «für Erziehung der weiblichen Jugend in Livland» bestimmt war. Nach dem Statut hat die Anstalt den Zweck «im Interesse der Kranken junge Mädchen und Wittwen nicht unter 21 Jahren — insbesondere für den Dienst in den estnischen Landgemeinden des nördlichen Livland — zu unterweisen und zu berufsmässigen Krankenpflegerinnen auszubilden.» Die neue Heilanstalt soll aber nicht blos den Landgemeinden, sondern auch den schon vorhandenen Hospitälern, sowie Privathäusern durch Beschaffung berufsmässig geschulter Pflegerinnen dienen. Das neue Institut, welchem das grosse Mellinsche Haus zur Unterbringung der medicinisch geregelten und geleiteten Heilanstalt zur Verfügung gestellt ist, soll noch vor Weihnacht d. J. seine Thätigkeit beginnen.

— In Ungarn haben neuerdings mehr als 500 ungarische Kreisärzte durch Ehrenwort sich gegenseitig verpflichtet, ihr Amt niederzulegen und nicht wieder zu übernehmen, so lange ihre gerechten Wünsche nach Besserung ihrer materiellen Bezüge nicht erfüllt worden sind. Die gegenwärtigen Gehälter der ungarischen Kreisärzte betragen 300 bis höchstens 600 Gulden und die Gebühren für Krankenbesuche sind auf 20 - 30 Kreuzer angesetzt — aber selbst diese werden fast niemals bezahlt. Es sind daher stets eine grosse Anzahl von Kreisarztstellen auf dem Lande in Ungarn unbesetzt.



— Die Choleraepidemie in St. Petersburg kann mit dem 12. October als erloschen betrachtet werden, da weiter keine Neuerkrankungen vorgekommen sind. Ebenso ist die Epidemie in Riga erloschen, wo am 15. October der letzte Kranke entlassen wurde. Im übrigen Reich herrscht die Cholera noch in Podolien, wo vom 2.—8. Oct. 448 Erkrankungen und 168 Todesfälle vorkamen, sowie im Gouv. Perm (vom 25. Sept. bis 1. Oct. 124 Erkr., 61 Todesf.) und Bessarabien (108 Erkr. und 33 Todesf.) in erheblichem Grade.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. October d. J. 5922 (95 weniger als in der Vorwoche), darunter 145 Typhus — (4 weniger), 884 Syphilis — (25 mehr), 119 Scharlach — (27 weniger), 23 Diphtherie — (10 weniger), 22 Masern — (3 mehr), und 14 Pockenkranke.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Tarussa (Gouv. Kaluga). Gehalt 1200 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung. Ein Feldscher und eine Hebamme stehen dem Arzte zur Verfügung. Adresse: «Тарусская Земская Управа».

2) Für die Staniza Starominsk im Kubangebiet wird ein deutscher Arzt, welcher der russischen Sprache mächtig ist, gesucht. Die Staniza hat 10,000 Einwohner, darunter viel deutsche Colonisten. 15 Familien zahlen dem Arzt zusammen 350 R. jährlich. Die freie Praxis dürfte 1—2 Tausend Rubel jährlich einbringen. Adresse: Староминское почт. отд., Кубанской обл., Священнику Зорину.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. October 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
250	191	441	75	30	92	8	6	11	38	48	44	35	27	17	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 2, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 16, Diphtherie 17, Croup 4, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 1, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 31, Todtgeborene 35.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. November.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 1. November.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Hierzu als Beilage ein Prospect betreffend: «Лѣчебное заведеніе доктора Ремплера для страдающихъ легкими».

Довв. ценз. Спб. 22 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, 29. October (10. November) **1894**

Einiges über Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden.

Von

Dr. J. Sadikoff

(Talsen in Kurland.)

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetag der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wolmar, am 5. September 1894).

Wenn ich, meine Herren, für kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit für die Impffrage in Anspruch zu nehmen wage, so geschieht dieses einestheils der grossen Wichtigkeit dieser Sache wegen, zum andern Theil aber auch deswegen, weil ich bemerkt zu haben glaube, dass von manchem Arzte die Impfung jetzt als etwas, wenn ich so sagen darf, nicht ganz Standesgemässes betrachtet wird und man sie, wenn es nur angeht, gern dem Discipel etc. überlässt, wie z. B. auch das Blutegelsetzen, Zähneziehen und Aehnliches, — ein Schicksal und eine Auffassung, vor welchen ich die Impfung gerne bewahrt sehen möchte. Liebermeister sagt 1865 in seinen Vorlesungen: «Jenner's Entdeckung der Kuhpocken (1796) ist die grösste Leistung, welche die Therapie aller Länder aufzuweisen hat»! Und sollten wir jetzt andrer Ansicht geworden sein, wo neuerdings bei der Therapie der Infectionskrankheiten die Prophylaxis ein immer grösseres Gewicht, ja ich möchte sagen, den Löwenantheil erhält und sich in der alten Schutzpockenimpfung die Prophylaxis in ihrer gelungensten Form präsentirt, so dass wir eine so schwere Infectionskrankheit wie die Pocken heutzutage als vermeidbar bezeichnen können.

Es ist nicht meine Absicht, eine vollständige Abhandlung über die Impfung hier vorzubringen, sondern ich will nur einiges in praktischer Beziehung Erwähnenswerthe anführen und das Interesse der Herren Collegen für diese Frage zu gewinnen suchen. Ich meine dabei besonders die Herrn Landärzte, für die ja gerade diese Aerztetage bestimmt sind, und bitte die Herrn Specialisten um Entschuldigung, wenn ich etwas aus einem sie wenig interessirenden Gebiete vorbringe.

Ich übergehe die im vorigen Jahrhundert übliche Inoculation von Variola vera in die Haut (durch die sogenannte Varioline), welches Verfahren zu Anfang dieses Jahrhunderts mit Recht in Europa völlig verlassen ist, und berücksichtige nur die Vaccine-Impfung.

An den Impfstellen, und zwar nur an diesen, entwickelt sich im Rete Malpighi eine Pustel, welche bis zum Abfall der Krusten eine Dauer von ca. 22 Tagen hat und zwar geht die Entwicklung folgendermaassen vor sich:

Am 3. Tage röthet sich die Impfstelle stärker und beginnt sich ein Knötchen zu entwickeln, auf welchem sich bis zum 5. Tage, wo dann auch etwas Fieber sich einstellt, ein perlfarbiges Bläschen entwickelt. Am 7. Tage bekommt dieses eine Areola, am 7.—9. Tage kommt gewöhnlich ein Erythem hinzu, welches meist 2 Tage stehen bleibt. Die Eintrocknung beginnt am 11.—12. Tage. Die Höchstentwicklung der Pustel wäre also ca. am 8. Tage, vom 3.—4. Tage kann aber oft bereits mit Erfolg abgeimpft werden.

Wie wir gesehen, dauert das Incubationsstadium bei der Vaccine-Impfung 3—5 Tage, während es bei der Variola vera bekanntlich wenigstens 9 Tage, d. h. ca. 6 Tage länger dauert. Dieses ist praktisch von der grössten Wichtigkeit, denn daraus folgt, dass wir die Möglichkeit haben die Variola zu coupiren. Wenn wir also Jemand in den ersten Tagen nach seinem Zusammenkommen mit Pockenkranken mit Erfolg impfen, so tritt die Schutzkraft der Vaccination 2—3 Tage früher ein, ehe die Erscheinungen der Variola hätten auftreten können. Ist die Impfung zu spät ausgeführt, so können im schlimmsten Falle Variola und Vaccine neben einander verlaufen, was keinerlei Bedenken hat. (Pfeiffer). Wir haben also in der Vaccination einen sicheren Schutz für alle Angehörigen, Pfleger etc., welche bis vor 4 Tagen zurück mit Pockenkranken in Berührung gekommen sind.

Das Contagium der Variola ist bekanntlich im Blute

und im Ausschlage enthalten. Es entsteht nach Pfeiffer durch einen zu den Sporozoen gehörigen Parasiten (welcher direct nur das Protoplasma der Epithelzellen angreift). «Diese schädliche Substanz vernichtet nicht die von ihr ergriffenen Elemente, wohl aber verändert sie dieselben so in ihrer Zusammensetzung, dass sie dadurch für längere Zeit oder für immer unfähig werden, so thätig zu sein, wie sie es müssten, um bei einer gleichen Infection die gleiche Krankheit von Neuem zu leisten.» (Ackermann 1891.) Pfeiffer stellt die Hypothese auf, dass dieses durch Retention von Parasitenkeimen entstehe, welche für eine gewisse Zeit auf das Gewebe einwirken. Er sagt: «Es müssen also in geschützten Gewebestellen Parasiten selbst zurückbleiben; von hier aus wird der Immunitätszustand so und so lange Zeit erhalten und erneuert, bis mit dem Absterben des letzten Parasitennestes auch im zugehörigen Gewebe der Schutzzustand erlischt.» Die Hypothese — und eine Hypothese bleibt es, solange bei dem Immunisirten noch nicht das Vorhandensein der Keime mikroskopisch nachgewiesen ist — welche gar nicht so unmöglich ist, würde auch vielleicht die Erklärung geben, warum eine Revaccination nöthig ist, und warum Personen, welche die Variola vera durchgemacht haben, meist für immer immun bleiben. Denn je kräftiger und zahlreicher die in den Organismus eindringenden Parasiten sind, desto kräftigere und zahlreichere Keime werden sie auch in den Geweben ablagern und desto länger wird die dadurch bewirkte Immunität dauern. Es wird also nach der viel kräftigeren Infection bei Variola vera auch die Immunität viel länger anhalten, als bei der abgeschwächten bei Vaccine. Ebenso sieht man, dass je kräftiger sich die Impfpusteln entwickelt haben, also je kräftiger der Impfstoff gewesen, desto länger die Immunität dauert.

Bei der Impfung dauert die Immunität 10—12 Jahre lang. Sie hört nicht plötzlich auf, sondern erlischt allmählich; so lange noch Impfschutz besteht, kommt es bei der Revaccination nicht zu völliger Pustelbildung und bei Variola-Infection nur zu Varioliden-Erkrankung — Thatsachen die eben auch für die Pfeiffer'sche Hypothese sprechen. Die vor einigen Jahren erfolgten heftigen Angriffe gegen die Impfung, aus denen sie siegreich hervorgegangen, haben viel zur Klärung der ganzen Sache beigetragen.

Leider muss ja zugegeben werden, dass durch die Impfung Infection mit anderen Krankheiten vorkommen kann, da man antiseptisch nicht vorgehen kann, ohne auch das Contagium in der Lymphe zu zerstören.

Mit der Lymphe können übertragen werden: Erysipel, Septikämie, Syphilis, Tuberculose, Lepra, Impetigo und Herpes.

Mit Erysipel muss nicht das am 7—9. Tage erscheinende Erythem verwechselt werden; dieses ist mehr hellroth, auch entfernt von der Impfstelle, hat keine scharfen Ränder und stört nicht den Verlauf der Vaccine. Das mit der Lymphe übertragene Erysipel (Fehleisen's Streptococcus) zeigt sich am 3.—4. Tage nach der Impfung. Die Impfstellen sind dick infiltrirt und gehen die Pusteln meist eitrig zu Grunde. Ein zweites Erysipel (Rosenbach's Streptococcus) das sogenannte Späterysipel, woran aber nicht die Lymphe schuld ist, kann auftreten am 7.—9. Tage. Es wird durch Unreinlichkeit und Beschädigung (Kratzen etc.) der Impfstellen verursacht. Es verursacht unregelmässiges Verheilen der Impfstellen, oft auch Furunkelbildung.

Die Septikämie zeigt sich als Drüsen- und Lymphgefässentzündung, Abscess und Phlegmone (Septikämiebacillen oder Streptococcus pyogenes). Bei der Ueberimpfung der Syphilis bildet sich an der Impfstelle ein Schanker. Da Syphilis beim Rinde nicht vorkommt, so verhütet man diese Gefahr, wenn man animale (Kälber-) Lymphe gebraucht, auch kann man leicht durch die Untersuchung die Syphilis an dem über 1 Jahr alten Stammimpfling erkennen.

Die Uebertragung der Tuberculose ist noch nicht nachgewiesen, doch muss man theoretisch die Möglichkeit zugeben. Die Uebertragung von scrophulösen Hauterkrankungen ist beobachtet. Ebenso verhält es sich mit der Lepra.

Impetigo (durch Staphylococcus pyogenes aureus) kann sowohl durch humanisirte als durch Kälberlymphe übertragen werden. Es können nur einzelne Pusteln vorhanden, aber auch der ganze Körper bedeckt sein. Der Verlauf ist gutartig, er erfordert nur Reinlichkeit und Waschungen mit antiseptischen Lösungen. Der Verlauf der Vaccine wird meist nicht beeinträchtigt.

Herpes circinatus ist durch Uebertragung bei Kälberlymphe beobachtet worden. Er ist ungefährlich und heilt rasch bei Behandlung mit schwacher Quecksilberlösung.

Die genannten Infectionen, besonders Syphilis, Tuberculose und schwere Form von Sepsis lassen sich verhüten dadurch, dass man nicht Kinderlymphe, sondern animale aus einem zuverlässigen Impfinstitut anwendet. Erisypel ist, da man die Kälber ja nicht aseptisch halten kann, oft nicht zu vermeiden, doch schützen Reinlichkeit und schützender Verband der Impfstellen meist davor.

Aus dem eben Gesagten ergiebt sich auch, dass, wenn man die Wahl hat, die Kälberlymphe vorzuziehen ist. Wir haben ja jetzt in Russland eine genügende Anzahl guter Impfinstitute[1]), aus denen man leicht zu jeder Zeit für ein Billiges gute Lymphe beziehen kann, und es ist daher nicht nöthig anders als im Nothfalle die Lymphe von den Kindern abzunehmen, was ja auch häufig mit manchen Unannehmlichkeiten verbunden ist, und das Vorurtheil der Leute ist in diesem Punkte auch nicht ganz ohne Grund. Durch die Reizung und eventuelle Infection der Pusteln entsteht eben leicht Erysipel beim Stammimpfling. Manche ziehen jedoch Lymphe von einem gesunden reinlichen Kinde, dessen Eltern man kennt, der Kälberlymphe vor, welche ja nicht aseptisch sein kann und Gewebstheile enthält. Bei Impfungen von grösseren Massen, wo man es nicht allzu genau nehmen kann, wie es den Landärzten meist vorkommt, wäre Kälberlymphe auch schon deshalb vorzuziehen, weil die Impfung viel schneller von Statten geht. Die Kälberlymphe behält ausserdem ihre Wirksamkeit recht lange, wenn sie nur luftdicht verschlossen, an einem kühlen Orte aufbewahrt wird. Mir sind Fälle bekannt, wo sie noch nach 1 Jahre gehaftet hat. Für einige Monate ist ihre Haftfähigkeit also sicher. Zur Kälberlymphe ist bekanntlich fast immer Glycerin hinzugesetzt; dadurch werden, wie Untersuchungen ergeben haben, die Bakterien, welche unvermeidlich in der Lymphe mit enthalten sind, in ihrem Wachsthum behindert und macht solche Lymphe bei längerer Aufbewahrung eine Art Reinigungsprocess durch. Bei Impfungen mit solcher Lymphe sind Infectionen mit Erysipel viel seltener beobachtet. Nimmt man die Lymphe von Kindern, so thut man nach Müller gut auch Glycerin hinzuzuthun, so dass auf 1 Theil Lymphe 2 aq. und 2 Glycerin kommen. Bei der Lymphabnahme muss man 2 Pusteln beim Stammimpfling, um nicht seine Immunität fraglich zu machen, unberührt lassen.

Wir kommen hiermit in's Gebiet der Impftechnik, von welcher ich auch einige Punkte besprechen möchte. Zunächst wäre die Frage zu beantworten, an wie viel Stellen soll man impfen und wie gross sollen dieselben sein? Wie ich bereits erwähnt habe, wird selbstverständlich die

[1]) Lymphe aus dem Оспопрививательный институтъ Императорскаго Человѣколюбиваго Общества въ Каменецъ-Подольскѣ kommt $1^1/_2$—2 Kop. pro Impfung; sehr gute Lymphe.



Immunisirung zur Menge und Güte des inoculirten und haftenden Impfstoffes im geraden Verhältnisse stehn. Die Dauer der Immunität wird also auch desto länger sein, je mehr Pusteln sich entwickelt haben.

Das Experiment und die Erfahrung haben nun ergeben, dass zu einer Immunisirung von ca. 10 Jahren als Minimum 2 gut ausgebildete Impfpusteln nöthig sind. Da sich nun aber nicht an allen Impfstellen immer Pusteln entwickeln, so wird man natürlich an mehr als 2 impfen müssen. Das deutsche Impfgesetz verlangt daher Impfen an wenigstens 6 Stellen. Eine grosse Impfstelle statt mehrerer kleiner anzulegen, ist nicht vortheilhaft, weil sich die Pusteln viel langsamer und unvollkommener entwickeln, z. B. auch das Incubationsstadium länger dauert als bei mehreren kleineren. Wenn nur eine Pustel sich entwickelt hat, so ist zum zweiten Mal zu impfen.

Man impfe also an wenigstens 6 Stellen, c. 1 Cm. jede von der andern entfernt, auf einen Arm oder auf beide vertheilt; bei der Vaccination am besten nur auf den linken Arm. Bei humanisirter Lymphe kann man an Stelle der Schnitte auch Striche mit der Impfnadel etc. machen, für die animale Lymphe, welche viel schwächer ist, genügt das nicht.

Die Instrumente und die Hände des Impfers müssen aseptisch sein. Zur Reinigung der Impfstelle können nur schwache Antiseptica, z. B. 3 pCt. Carbol- oder Borsäure-Lösung verwandt werden, weil sonst der Erfolg zweifelhaft wird. Sublimatlösung 1:1000 oder Aether sind zu stark. Am besten ist, dass man darauf sieht, dass die Kinder tags vorher gebadet werden. Die beim Impfen gebrauchten Instrumente (Messer, Hohlsonde etc.) sind nach jeder Impfung mit steriler Watte abzuwischen. Pinsel, oder ähnliche schlecht zu reinigende Gegenstände zur Auftragung der Lymphe sind selbstverständlich unzulässig. Ganz junge Kinder sollten wegen der Möglichkeit latenter Syphilis nicht geimpft werden, ebenso schwächliche und kränkliche nur, wenn Pocken am Orte und dessen Umgebung herrschen. Doch genug davon — das wird ja schon jeder Impfer, wenn er eben Arzt ist, schon selbst richtig zu beurtheilen wissen. Ich hoffe, meine Herrn Collegen, das Sie aus dem Wenigen, was ich so aus der ganzen Impffrage herausgegriffen habe, denn doch den Eindruck erhalten haben, dass es bei der Impfung noch so manche offene Frage giebt, dass dabei auch so manche Frage an den Impfer herantritt, welche eben nur ein Arzt (und zwar sogar nur einer, welcher sich mit der Impfung auch beschäftigt hat) richtig beantworten kann, dass also die Impfung ein vollgiltiger Zweig der ärztlichen Thätigkeit ist. Das Impfgeschäft sollte daher mit nichten Andern als Aerzten überlassen werden und sollten gerade die Landärzte, welche schon so manchen Zweig der Medicin den Specialisten ärztlichen und nichtärztlichen Standes überlassen müssen, Alles thun, die Impfung nicht aus Händen zu lassen, sowohl in ihrem eigenen Interesse als im Interesse der Bevölkerung. In Deutschland ist dieses auch in richtiger Weise festgelegt. Der § 8 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 sagt: «Ausser den Impfärzten sind ausschliesslich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen.» Ja, man ist dort sogar noch weiter gegangen: es muss jeder Arzt, welcher Impfung vornehmen will, noch nachweisen, dass er die auf den Universitäten vorhandene Gelegenheit zur Erlernung der Impftechnik benutzt hat. Von diesem Nachweis hängt auch die Zulassung zum Staatsexamen ab.

Ich ersuche die Versammlung sich darüber auszusprechen, ob es nicht opportun wäre, höheren Ortes darum zu petitioniren, dass in den Ostseeprovinzen nur Aerzte, welche ja in genügender Anzahl vorhanden sind, zur Ausübung der Impfung zugelassen würden, und vielleicht eine Commission zu ernennen zur Ausarbeitung eines Impfreglements nach dem heutigen Stande der Wissenschaft für die Ostseeprovinzen, vielleicht auf Grundlage dieses meines folgenden Projectes.

Anmerkung: Dr. Sadikoff verliest hierauf ein selbst verfasstes Reglement für die Schutzpockenimpfung in den russ. Ostseeprovinzen, welches von einer Commission begutachtet werden soll. In die Commission werden gewählt: Dr. Sadikoff-Talsen, Dr. Heerwagen-Riga, Dr. Fischer-Sagnitz unter dem Präsidium des Dr. Sadikoff.

Ist die Osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumique eine Krankheit sui generis?

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. Mai 1894 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Obwohl die Zahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle von Akromegalie schon eine sehr bedeutende geworden ist und ich persönlich vor Ihnen mehrmals über diese Krankheit gesprochen, resp. solche Kranke vorgestellt habe, so erlaube ich mir doch diesen Kranken Ihnen vorzuzeigen, weil er, wie mir scheint, die von mir vor einiger Zeit bei Gelegenheit der Vorstellung der Osteo-Arthropathie-Kranken Ihnen ausgesprochene Meinung, dass es sich bei den sogenannten Osteo-Arthropathischen um Akromegalische handelt, die in Folge von Lungenkrankheiten oder anderen uns noch unbekannten Ursachen, pathologische Veränderungen an den Endphalangen und manchen Knochen und Gelenken erworben haben, zu bestätigen geeignet ist.

Bevor ich aber darauf näher eingehe, will ich Ihnen, meine Herren, den Fall kurz vorstellen.

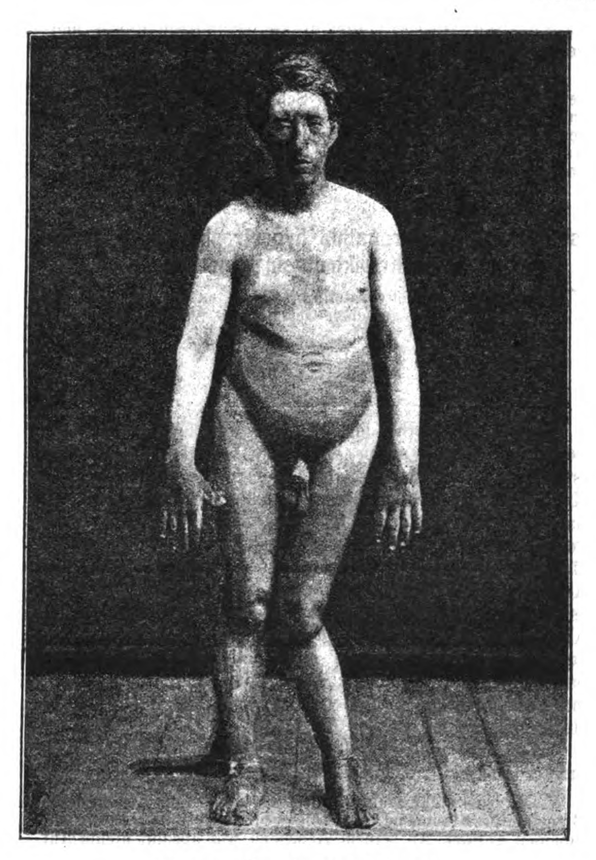
W. M., aus einer wohlgestalteten polnischen Kleingutsbesitzerfamilie stammend, war bis vor anderthalb Jahren vollkommen gesund. An seinem Aeussern war absolut nichts Auffallendes zu bemerken, denn gerade zu jener Zeit wurde er zum Militärdienst tauglich gefunden und aufgenommen.

Aber schon nach kurzer Zeit fühlte er sich den Forderungen des Militärdienstes nicht gewachsen, wurde leicht müde, litt an Kopfschmerzen und Sehstörungen, sodass nach kurzer Zeit eine ärztliche Commission ihn zum Dienst untauglich fand und ihn nach Hause schickte. Hier verschlimmerte sich sein Zustand dermaassen, dass er zur Arbeit ganz unfähig wurde. Er begab sich nach Wilna und suchte die Augenklinik, die unter der Leitung unseres hochgeehrten Collegen Herrn Dr. Cywinski steht, auf; von dort wurde er zu mir geschickt.

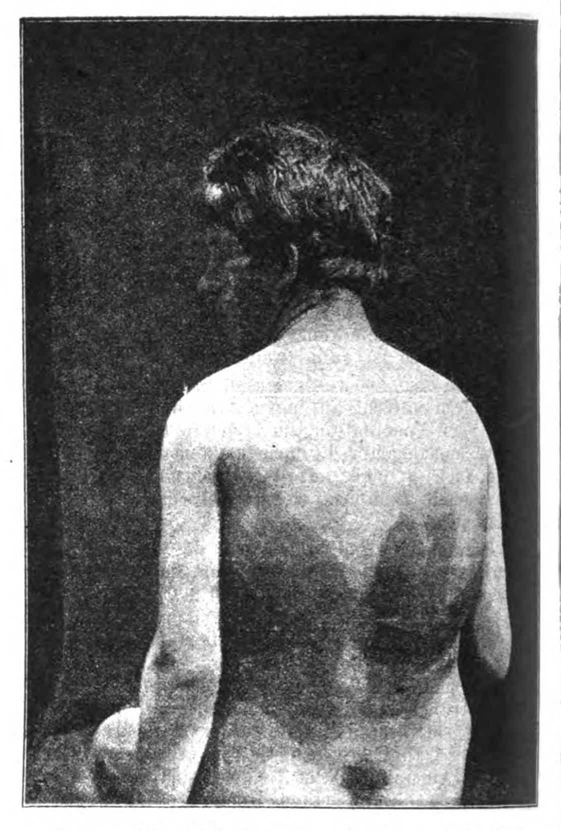
Sein jetziger Zustand ist, wie Sie sehen, folgender: Der gross gewachsene 23-jährige Mann zeigt die gewöhnlich bei Akromegalischen zu findende bedeutende Vergrösserung sämmtlicher Körperakria. Der Obertheil des Schädels ist vergrössert, ebenso die Ohren, die Nase. Durch besondere Grösse zeichnet sich der Unterkiefer aus, wodurch sein ganzes Gesicht eine länglich-ovale Form angenommen hat. Durch die Vergrösserung des Unterkiefers stehen die Zähne desselben vor denen des Oberkiefers; auch die Zunge ist bedeutend in allen Dimensionen vergrössert; dasselbe ist vom Zäpfchen zu sagen. In seinem Munde fallen die Zähne durch ihre Fein- und Kleinheit auf. Der Abstand zwischen denselben ist der Aussage des Kranken nach ein viel bedeutenderer als früher. Auch der Kehlkopf scheint grösser geworden zu sein, und die Stimme ist tiefer geworden. Der Hals ist von einer Seite nach der anderen verbreitert, von der Schilddrüse sind nur Spuren durchzufühlen. Am oberen Sternalende ist eine Dämpfung nicht vorhanden. An seinem Rücken bemerken Sie eine bedeutende Kyphose mit einer weniger ausgesprochenen Scoliose, die Kyphose nimmt aber nicht wie gewöhnlich bei der Akromegalie die untere Partie der Hals- und obere Partie der Brustwirbelsäule, sondern die unteren Brustwirbel ein. Auch finden Sie bei unserem Kranken eine sehr bedeutende Vorwölbung des unteren vorderen Theiles des Brustkorbes, in Folge der starken Vergrösserung und des bedeutenden Vorspringens des Processus xiphoides.

Die Glans penis ist ebenfalls stark vergrössert. Ausserdem finden Sie bei ihm eine bedeutende Erweiterung der Venen am linken Bein und Veränderungen an beiden Kniegelenken, die zu bedeutendem Genu valgum führten, besonders am linken Knie. An den Händen finden Sie die bekannte gleichmässige Vergrösserung der Finger und schöne, für die vergrösserten Endphalangen zu kleine, nicht geriffte und in keiner Richtung





Akromegalie mit genu valgum.



Akromegalie mit Kyphoscoliose im unteren Dorsaltheil der Wirbelsäule.

gekrümmte Nägel. Die Endphalangen sind nicht kolbenartig aufgetrieben. Die Gelenke an den oberen Extremitäten sind nicht verändert.

Am Herzen, wie in den Lungen ist nichts Abnormes wahrzunehmen, ebenso scheinen die Unterleibseingeweide ihr normales Verhalten zu bewahren.

Was seine Sinnesorgane betrifft, so ist am Gehör, Geruch und Geschmack nichts Abnormes zu entdecken. Das Sehvermögen des linken Auges ist vollkommen erloschen in Folge einer Atrophie des betreffenden Sehnerven (Dr. Strscheminski). Appetit gut, Stuhl und Urin regelmässig; letzterer enthält weder Zucker noch Eiweiss. Geschlechtstrieb beinahe vollkommen erloschen, Samenejaculation in der letzten Zeit garnicht vorhanden. Die Muskeln schlaff. Die Kraft des rechten Armes zeigt am Dynamometer 75, am linken 65. Die Haut ist weich-elastisch, nicht infiltrirt, an der Oberfläche derselben sind keine abnormen Neubildungen zu bemerken. Die Hautsensibilität ist etwas verringert, ebenso die Haut- und Sehnenreflexe. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist etwas erhöht; die electrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist sichtlich geringer als im normalen Zustande.

Die subjectiven Klagen unseres Patienten bestehen jetzt nur in einem Gefühl von allgemeiner Schwäche und Mattigkeit, sonst keine Kopfschmerzen, kein Ohrensausen, kein Durstgefühl; die Stimmung des Kranken ist eine trübe.

Unser Patient ist bis zu dieser Krankheit immer gesund gewesen, hat nie an irgend welchen Krankheiten der Brustorgane oder Rheumatismus gelitten. In seiner Familie sind keine constitutionellen Leiden, kein Alkoholmissbrauch zu verzeichnen.

Da wir zusammen mehrere Fälle von Akromegalie zu untersuchen Gelegenheit hatten, werden Sie mir gewiss ganz ohne differential-diagnostische Auslassungen zugeben, dass wir es mit einem Fall von Akromegalie zu thun haben, nur sind bei ihm manche Abweichungen zu verzeichnen, so die Kyphose nicht am gewöhnlichen Orte und die Veränderungen der Gelenke, die bei reiner Akromegalie nicht vorkommen sollen, die aber häufig bei der sogenannten Osteo-Arthropathie zu finden sind.

Diese letztere Krankheit, wie Ihnen wohl bekannt ist, will Marie[1]) von der Akromegalie getrennt wissen und schreibt er ihre Herkunft verschiedenen Erkrankungen der Brustorgane (Bronchitis, Emphysem, Phthise, Carcinom der Lunge) zu.

Wäre die Osteo-Arthropathie wirklich nur von den ebengenannten Erkrankungen des Körpers abhängig, so müsste sie bei der Häufigkeit der Erkrankungen der Brustorgane viel öfter zu beobachten sein, aber während ich in dieser kurzen Spanne Zeit sechs bis sieben Fälle von Akromegalie hier zu sehen Gelegenheit hatte, konnte ich Ihnen nur einen Fall von Osteo-Arthropathie vorstellen[2]), höchstwahrscheinlich deswegen, weil, um einen Fall von Osteo-Arthropathie zu bekommen, es unbedingt nöthig ist, dass wir einen Akromegalischen haben, der noch ausserdem an irgend welcher Brust- oder anderen Affection leide, bei der trommelartige Verdickungen der Endphalangen und Knochenveränderungen vorkommen. Diese letzte Veränderung der Endphalangen haben wir bei unserem Kranken nicht, weil er eben an keiner Brustaffection leidet. Die Behauptung Marie's, dass die kyphotische Verkrümmung bei der Akromegalie immer den unteren Hals- und den oberen Brusttheil der Wirbelsäule einnimmt, während dieselbe bei der Ostitis arthropathica die untere Brustwirbelsäule betrifft, findet wie Sie sehen, in diesem Falle keine Bestätigung. Auch die Gelenke, die nach Marie bei Akromegalie immer frei gefunden werden sollen, sind bei unserem Patienten stark afficirt. Darum denke ich, dass die Akromegalie und die Osteo-Arthropathie keine besonderen Krankheitsformen sind, sondern die letztere ist

[1]) Revue de Medicine 1890, № 1.

[2]) Jetzt habe ich in meiner Abtheilung einen weiteren schönen Fall von Akromegalie in Behandlung.



Akromegalie, wenn auch nicht immer in ganz typischer Form, plus Veränderungen, die wir auch sonst bei Leuten mit Erkrankungen der Brusthöhle und anderen Affectionen finden, wodurch es auch leicht zu erklären ist, warum manche englische und deutsche Autoren Fälle von Osteo-Arthropathie als Akromegalie beschrieben haben, und dass Erb[3]) und Gerhardt[4]) noch jetzt den von Marie zwischen diesen beiden Krankheitsformen, — Akromegalie und Osteo-Arthropathie, — gemachten Unterschied nicht zugestehen wollen.

Ausserdem stelle ich Ihnen diesen Fall deswegen vor, weil ich mit ihm, wenn es gehen sollte, Fütterungsversuche mit Glandula thyreoidea machen möchte.

Eine der constantesten und wichtigsten pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Akromegalie neben Persistenz und Hyperplasie der Thymus (Klebs), Hypertrophie aller Theile der Haut, besonders Wucherung des Bindegewebes in Drüsen, Gefässen, Nervenscheiden und Sclerose des unteren Halsganglion des Sympathicus (Marie[5]) und Marinesco) ist unbedingt die Atrophie der Schilddrüse, und darum möchte ich mit einigen Worten auf die Schilddrüse eingehen, umsomehr, als dieselbe in der letzten Zeit sehr viel von sich zu sprechen Veranlassung gab in Folge der therapeutischen Erfolge, die mit der Fütterung von Schilddrüsensubstanz bei Myxödemkranken erreicht wurden.

Wie Sie wissen haben wir, wenn wir vom gewöhnlichen Kropf absehen, drei Krankheiten, die mit Vergrösserung resp. Verkleinerung der Glandula thyreoidea einhergehen: der Morbus Gravesii, das Myxödem und die Akromegalie.

Wie die Physiologie der Schilddrüse, so ist auch die Pathogenese der ebengenannten drei Krankheiten ganz dunkel. Für den Morbus Gravesii existirt eine grosse Reihe von Hypothesen. So hielt Parry die ganze Krankheit für eine Kreislaufstörung. Koebens Theorie, die diese Krankheit als durch Störung des Sympathicus entstanden betrachtet, hatte am meisten Anhänger. Trousseau und Charcot betrachteten den Morbus Basedowii als eine functionelle Erkrankung des Centralnervensystems. Müller[6]), Mendel[7]) und mit ihnen Mannheim[8]), der kürzlich eine Monographie über diese Krankheit geschrieben hat, machen Erkrankungen des verlängerten Markes für dieses Leiden verantwortlich. Diese Meinung theilt auch Leube[9]). Grube[10]) hält diese Krankheit für eine Intoxication nach stattgehabter Infection des ganzen Körpers, besonders des verlängerten Markes.

Moebius[11]) meint, dass die Erkrankung der Schilddrüse selbst an diesem Uebel schuld ist. Marie[12]) spricht sich gegen die Meinung von Moebius aus und meint dass die Erkrankung der Schilddrüse eine Folge der bei dieser Krankheit vorhandenen Nervenstörung ist und in einer erhöhten Thätigkeit (Hyperthyroidation) derselben besteht. Dass aber diese erhöhte Zufuhr von Schilddrüsensecret nicht den Morbus Gravesii hervorrufen kann sehen wir daraus, dass bei Myxödematösen durch Einverleibung von Schilddrüsensubstanz keine Erscheinungen des Morbus Gravesii sich einstellen.

[3]) Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg, 18.—24. Sept. 1889.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1890, № 52.
[5]) Archives de médicine experim. 1891, № 4, S. 540.
[6]) Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1893, pag. 355.
[7]) Zur pathol. Anatomie des Morbus Basedowii. Deutsche med. Wochenschrift 1892, № 5.
[8]) Der Morbus Gravesii. Berlin 1894. S. 94 u. ff.
[9]) Specielle Diagnostik der inneren Krankheiten. 1893, II. Bd. S. 288.
[10]) Neurologisches Centralblatt 1894, № 5, S. 181.
[11]) Centralblatt für Nervenheilkunde, 1887, № 8, und Deut. Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1891, 4, 5 und 6. Bd. 1.
[12]) La semaine med. 28 Fevrier 1894.

Buschau[13]) theilt ebenfalls die Theorie von Möbius nicht und vertritt die schon längst ausgesprochene Meinung, dass die Gland. thyreoidea hauptsächlich den Blutkreislauf regulirende Eigenschaften besitzt.

Die physiologische Bedeutung der Schilddrüse soll nach Bogroff[14]) darin bestehen, dass sie ein giftiges Product des Stoffwechsels zu neutralisiren im Stande ist und so auf die allgemeine Ernährung einen guten Einfluss übt und ausserdem die Oxydationsprocesse erhöht. Es sollen nach ihm noch andere zwei Drüsen im Körper vorhanden sein, die theilweise die Function der glandula thyreoidea übernehmen können; durch verschiedene Combinationen der Erkrankung der Schilddrüse und der sie in ihren Functionen ersetzenden Gebilde werden sich auch verschiedene Krankheitsbilder herausstellen. Bogroff hält den Morbus Gravesii für eine durch erhöhte Thätigkeit der Schilddrüse und das Myxödem durch eine herabgesetzte Thätigkeit der Schilddrüse entstandene Krankheit. Bogroff will nicht wie Moebius diese Affectionen durch Erkrankung der Drüse selbst erklärt wissen, sondern nur durch Gleichgewichtsstörungen zwischen Körperbedarf und Absonderung der Drüse.

Ich erlaubte mir über die Theorien des Morbus Gravesii deshalb so viel zu sprechen, weil vielleicht mancher dieser Gesichtspunkte auch für die uns interessirenden Krankheitsformen Bedeutung haben wird.

Nach dieser Abschweifung kehren wir zu den erwähnten Fütterungsversuchen zurück. Bekanntlich zeigten Versuche von Schiff, dass die Folgen der Schilddrüsenexstirpation ausblieben, wenn dem betreffenden Thiere die Schilddrüse einer verwandten Species in die Bauchhöhle so implantirt wurde, dass sie dort functionsfähig bliebe. Auf diese Entdeckung bauten Bircher und Horsley die moderne Therapie des Myxödems.

Man hat ursprünglich Schilddrüsengewebe von anthropoiden Affen, vom Schafe, Kalbe u. s. w. transplantirt, später einen Extract aus der Glandula thyreoidea bereitet und subcutan injicirt, endlich ist man in der letzten Zeit dazu übergegangen, das Schilddrüsengewebe selbst, oder ein aus demselben bereitetes Extract innerlich zu verabreichen.

Will man die Drüsensubstanz verabreichen, so soll man nur mit ca. 1 — 2 Gramm anfangen und allmählich die Dosis erhöhen. In der ersten Zeit dieser Behandlung wird Appetitlosigkeit, Kräfteverfall und Temperatursteigerung beobachtet, aber später wird bedeutende Besserung des ganzen Krankheitszustandes bei Myxödem beobachtet.

Leichtenstern gab seinen mit Myxödem behafteten Patienten frische Drüsensubstanz 5,0 — 10,0 pro Woche. Und ich gedenke bei diesem unseren Patienten versuchsweise ebenfalls die Fütterung mit reiner Drüsensubstanz zu beginnen; das Resultat werde ich die Ehre haben Ihnen später mitzutheilen. Es wäre aber wünschenswerth zu diesem Zwecke den Kranken in eins der hiesigen Spitäler aufzunehmen[15]).

Referate.

Prof. W. Uhthoff (Marburg): Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. I. Anatomischer Theil. 182 S. mit V Tafeln. (A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, Bd. XXXIX. Abth. 1. 1893).

Die vorliegende umfangreiche Arbeit ist, nach den einleitenden Worten des Verf. dazu bestimmt, «gestützt auf ein grosses Beobachtungsmaterial zur Lehre von den Augenstörungen bei der Hirnsyphilis einen Beitrag zu liefern» — thatsächlich ist

[13]) Die Basedow'sche Krankheit, 1894, S. 102 u. ff.
[14]) Южно-русская мед. газета, 17-го, 24-го Февраля, 3-го Марта 1894 г.
[15]) Ich will jedoch sofort hinzufügen, dass die in Moskau in dieser Beziehung gemachten Versuche erfolglos blieben.

dieser «Beitrag» ein hervorragendes, auf jahrelange unermüdliche Arbeit gegründetes Werk, welches sich den früheren gediegenen Arbeiten des Verf.: «über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan» (Arch. f. Ophthalmol. XXXII—XXXIII) und «über die bei der multiplen Herdsclerose vorkommenden Augenstörungen» (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XXI) — würdig an die Seite stellt.

Die Einleitung bildet ein kurzer historischer Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von der Hirnsyphilis. Bis in die Mitte unseres Jahrhunderts reicht noch die alte Anschauung, dass das Gehirn und seine Nerven bei der Syphilis nur secundär von den erkrankten Schädelknochen aus in Mitleidenschaft gezogen würden. Erst mit dem Ende der vierziger Jahre beginnt die Kenntniss der eigentlichen Hirnsyphilis; die Literatur über diesen ebenso wichtigen wie interessanten Gegenstand wächst alsbald, besonders in den sechziger und siebziger Jahren, gewaltig an; zugleich wird die Kenntniss von den bei Hirnsyphilis vorkommenden Augenstörungen, durch die Erfindung des Augenspiegels und durch Einführung einer genauen Functionsprüfung des Auges, mächtig gefördert. Gross ist die Zahl der Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben; dieselben werden im weiteren Verlaufe der Erörterungen eingehend berücksichtigt.

Den vorliegenden Untersuchungen ist ein Beobachtungsmaterial von 100 Fällen von Hirnsyphilis zu Grunde gelegt. Dieselben stammen zum grössten Theile aus der Charité (Prof. Westphal's psychiatrische und Nervenklinik) und aus Prof. Schoeler's Augenklinik zu Berlin. Als seine Mitarbeiter an diesem Werke nennt Verf. die DDr. Oppenheim und Siemerling (Charité), welche einen Theil der hier mitgetheilten Fälle bereits anderweitig, vom neuropathologischen Gesichtspunkte aus, bearbeitet haben. Zum Vergleich mit den eigenen Beobachtungen werden 150 Sectionsbefunde von Hirnsyphilis mit Augenstörungen aus der Literatur herangezogen.

Von den 100 beobachteten Fällen kamen 17 zur Section. Die Krankheitsgeschichten und Sectionsprotokolle dieser letzteren werden theils in extenso wiedergegeben, theils in verkürzter Form nach Original-Mittheilungen von Oppenheim und Siemerling referirt.

In Bezug auf die anatomische Natur des zu Grunde liegenden cerebralen syphilitischen Processes ergiebt sich folgendes:

1) Am häufigsten handelt es sich bei den 17 in Betracht kommenden Patienten um locale meningitische gummöse Processe, und zwar 12 mal. In 3 Fällen war nur basale gummöse Meningitis ohne Complication mit Erweichungen oder Gefässerkrankungen vorhanden; 3 mal complicirt sich dieser Befund mit Erweichungsprocessen im Gehirn; 5 mal waren gleichzeitig syphilitische Veränderungen an den Hirnarterien nachweisbar. In einem Falle war die circumscripte, basale, gummöse Meningitis mit eigentlicher gummöser Geschwulstbildung complicirt.

2) Bildung von eigentlichen Gummageschwülsten lag in 2 Fällen vor, mit gleichzeitiger syphilitischer Erkrankung der Hirnarterien.

3) In einem Falle fand sich gummöse Convexitätsmeningitis.

4) In einem Falle Erweichungsherd des Gehirns mit Arterienerkrankung und gleichzeitig gummöse Degeneration des l. intracraniellen Opticusstammes und der l. Chiasma-Hälfte.

5) In 1 Falle waren fast ausschliesslich syphilitische Veränderungen des Rückenmarkes und nur ganz geringfügige Veränderungen des Gehirns und der Hirnarterien vorhanden.

Die Zeit der specifischen Infection vor Ausbruch des centralen Leidens konnte 7 mal genau eruirt werden; sie betrug 4—10 Jahre. In einem Falle lag Lues congenita vor.

Verf. geht nun auf die speciell in der Augensphäre in diesen 17 Fällen gefundenen anatomischen Veränderungen ein und vergleicht diese Befunde mit denen aus der einschlägigen Literatur.

I. Anatomische Veränderungen des Bulbus selbst.

Gleichzeitige syphilitische Veränderungen des Bulbus waren neben der cerebralen Syphilis relativ selten vorhanden: 1 mal bestand gummöse Iritis, 1 mal handelte es sich um abgelaufene syphilitische Iridochorioiditis mit eigenthümlicher in Verdickung und entzündlicher Infiltration der Gefässscheiden bestehender Veränderung der Netzhautgefässe.

Dies relativ seltene Vorkommen peripherer syphilit. Bulbusveränderungen jüngern oder ältern Datums zeigt sich auch bei einer Durchsicht der in der Literatur vorliegenden Sections-Fälle von Hirnsyphilis. Nur in 11 von den 150 gesammelten Beobachtungen mit Sectionsbefund finden sich einschlägige Angaben (unter diesen 11 Fällen sind 4 von congenitaler Lues!) «Danach scheint es gar nicht so sehr häufig zu sein, dass Patienten, die später an Hirnsyphilis zu Grunde gehen, vor Ausbruch ihrer cerebralen Erkrankung oder gleichzeitig mit derselben von einer peripheren syphilit. Affection des Bulbus selbst befallen werden».

II. Anatomische Veränderungen im Bereich des optischen Leitungsapparates.

Die optischen Leitungsbahnen (Nervus opticus, Chiasma, Tractus opticus) waren in 14 von den 17 Fällen in Mitleidenschaft gezogen; meist bestanden auch Sehstörungen und opthalmoskop. Veränderungen, nur 3 mal fehlten dieselben und war nur anatomisch die Erkrankung nachweisbar.

Am intraocularen Ende des Sehnerven, an der Papilla nervi optici wurden beobachtet: typische Stauungspapillen, einfache Neuritis ohne Schwellung, neuritische und einfache Atrophie des Sehnerven (secundär, in absteigender Richtung von weiter centralwärts gelegenen gummösen Processen aus entstanden); in einigen Fällen boten die Papillen ein normales Aussehen trotz vorhandener anatomischer Veränderungen weiter centralwärts.

Da, wo ausgesprochene ophthalmoskop. Veränderungen vorhanden waren, lag auch stets ein pathologischer Befund an den orbitalen Sehnervenstämmen vor: Hydrops der Sehnervenscheiden und Perineuritis in der Nähe des intraocularen Endes (bei Stauungspapille), descendirende Perineuritis, Neuritis und Atrophie. Derartige Veränderungen wurden auch in solchen Fällen gefunden, welche intra vitam weder ophthalmoskop. Veränderungen noch auch Sehstörungen dargeboten hatten. «Also noch erheblich öfter, als es der Augenspiegel und auch die Functionsprüfung zeigen, können wir bei Hirnsyphilis auf deutlich pathologische Veränderungen des Sehnerven-Fasernapparates rechnen».

Die intracraniellen Sehnervenstämme zeigten eine ausgesprochene Praedisposition für pathologische Veränderungen, die sich auf der einen Seite als ausgesprochen entzündliche, neuritische und perineuritische, auf der andern als wirklich gummöse mit mächtiger Volumszunahme der Nervenstämme, darstellen. In einem Theile der Fälle war gleichzeitig Atrophie der Sehnervenfasern vorhanden, entweder als Folge des interstitiell neuritischen Processes, oder als absteigende Atrophie bei intensiver Chiasma- oder Tractus-Erkrankung. Gesund wurden die intracraniellen Sehnervenstämme nur in 5 von den 17 Fällen gefunden; in den übrigen 12 zeigten sie pathologische Veränderungen, und zwar stets in Verbindung mit gleichzeitiger Erkrankung des Chiasma oder des Tractus. Fast alle diese Fälle boten gleichzeitig das Bild einer mehr oder weniger ausgedehnten Meningitis basalis gummosa. In einem Falle schien eine wirkliche primäre gummöse Neuritis des Nervenstammes vorzuliegen. Auch können die Sehnerven an der Schädelbasis völlig in die basalen gummösen Massen eingebettet sein, ohne dass der Process eigentlich auf die Nervenstämme selbst übergegriffen und eine erhebliche Functionsstörung gesetzt hätte.

Die am Chiasma nerv. opt. gefundenen Veränderungen waren denjenigen an den intracraniellen Sehnervenstämmen analog und gingen meist mit ihnen Hand in Hand. In der Mehrzahl der Fälle hatte die Erkrankung wahrscheinlich vom Chiasma ihren Ausgang genommen und erst von diesem auf den Nervenstamm übergegriffen. Das Chiasma ist als ein Prädilectionspunkt für gummöse Erkrankungen an der Hirnbasis anzusehen. Einige Fälle hatten auch intra vitam die auf Chiasma-Affection hinweisende temporale Hemianopsie dargeboten.

Die Tractus optici waren in grösserer Ausdehnung relativ selten verändert (wenn man von den Fällen absieht, wo der Process vom Chiasma auf die vordern Theile der Tractus übergegriffen hatte). Nur in einem Falle durfte eine primäre gummöse Erkrankung des einen Tractus angenommen werden.

Syphilitische Gefässveränderungen im Bereiche der Arteria ophthalmica und Art. centralis retinae wurden nur selten gefunden, so häufig dem gegenüber die specifischen Erkrankungen der basalen Hirnarterien constatirt werden konnten. Einmal fand sich eine Obliteration der Art. ophthalm. an ihrem Eintritt in die Orbita; einmal, auf Grundlage einer abgelaufenen Iridochorioiditis syphilitica (s. o.), eine ausgedehnte Perivasculitis der Retinalgefässe; einmal eine geringfügige Endarteriitis der Arter. ophthalm. ohne Verengerung des Lumens. Hieraus dürfte sich ergeben, dass, so häufig auch die basalen Hirnarterien bei der Hirnsyphilis, und zwar gewöhnlich in Form der Endarteritis (Heubner), befallen sind, — doch relativ selten diese Veränderungen auf die Art. ophthalm. und deren Verzweigungen übergreifen. Dieser Punkt wird besonders hervorgehoben, «da manche Autoren geneigt zu sein scheinen relativ häufig pathologische Veränderungen der Retinalgefässe bei Hirnsyphilis anzunehmen». Circumscripte Erweichungen oder Infarcte auf thrombotischer oder embolischer Basis im basalen optischen Leitungsapparat, welche die vorhandene Sehstörung lediglich auf Grundlage von Gefässverschluss hätten erklären können, — wurden nicht beobachtet.



«Die Functionsstörungen waren immer neben den Gefässanomalien mit bedingt durch gleichzeitige directe syphilit. Veränderungen der Nervenbahnen und nicht allein durch Absperrung der arteriellen Blutzufuhr». Auch in der Literatur findet sich kein Fall von Hirnsyphilis, in welchem die etwa vorhandenen Sehstörungen unzweifelhaft durch Verschluss basaler Hirngefässe bedingt gewesen wären. Ob Sehstörungen durch Einschnürung gewisser Stellen des basalen optischen Leitungsapparates seitens krankhaft veränderter Arterien — analog der Compression der Sehnerven durch die erweiterte Carotis interna bei Arteriosclerose — auch bei der syphilit. Erkrankung der Stirnarterien vorkommen, ist nach den vorliegenden Untersuchungen, wie auch nach den Angaben in der Literatur gleichfalls zweifelhaft.

Verfasser geht nun zu einem Vergleiche der eigenen Befunde mit den aus der Literatur zusammengestellten 150 Sectionsbefunden über:

Am Bulbus wurden, wie oben bemerkt, syphilit. Veränderungen nur selten gefunden. Die ophthalmoskop. constatirten Veränderungen am intraoculären Sehnervenende (Stauungspapillen, Neuritis, Atrophie) sollen im klinischen Theile der Arbeit ausführlicher behandelt werden.

In einer Anzahl der gesammelten Fälle fehlen übrigens Angaben über den ophthalmoskop. und noch mehr über den anatomischen Befund am Sehnerveneintritt. Die orbitalen Sehnervenstämme kamen gleichfalls selten zur Untersuchung, die spärlichen Ergebnisse stimmen aber im Wesentlichen mit den hier angeführten Befunden überein. Es fanden sich perineuritische und interstitiell neuritische Veränderungen, secundäre Atrophie der Nervensubstanz und Erweiterung des Scheidenraumes. Diese Daten werden durch die eigenen Untersuchungen des Verf. wesentlich ergänzt. Es ergiebt sich daraus, dass bei der Hirnsyphilis eine wirklich «descendirende» Neuritis oder Perineuritis nicht selten ist, indem die Veränderungen sich von den intracraniellen Sehnervenstämmen aus peripherwärts fortsetzen; dass ferner bei Stauungspapillen das vordere Ende des Scheidenraumes ausgesprochene Veränderungen zeigen kann bei normalem Verhalten des hinteren orbitalen Theiles; dass endlich der ophthalmoskop. Befund durchaus nicht immer im Verhältniss zur Intensität der retrobulbären Veränderungen steht. Eine einfache graue Degeneration des orbitalen Opticus ohne entzündliche, neuritische oder perineuritische Erscheinungen im Verlaufe der Sehnervenbahnen, scheint bei der eigentlichen Hirnsyphilis, wofern dieselbe nicht durch Tabes oder progressive Paralyse complicirt ist, nicht vorzukommen.

Viel zahlreicher als in Bezug auf den orbitalen Theil der Sehnerven sind in der Literatur die Angaben betreffend die intracraniellen Sehnervenbahnen. Unter den 150 herangezogenen Fällen sind letztere in nicht weniger als 38 Fällen verändert gefunden worden. Am häufigsten trat die Erkrankung der basalen Opticus-Theile durch Uebergreifen eines basalen gummösen Processes von den benachbarten Theilen auf dieselben ein. Am häufigsten war das Chiasma betroffen (19 mal). Die Gegend des letzteren, der Sella turcica und der Hypophysis ist, wie bereits oben erwähnt, ein Praedilectionspunkt für die syphilit. Neubildungen an der Hirnbasis. Viel seltener waren die intracraniellen Theile der Sehnerven und das Chiasma der primäre Sitz eines gummösen Processes (nur 7 resp. 6 Fälle). Immer scheint dabei die Nervenscheide in erster Linie betheiligt zu sein («Wurzelneuritis» der Hirnnerven. Kahler). Am häufigsten erkranken in dieser Weise noch die intracraniellen Sehnervenstämme, nächstdem das Chiasma, gelegentlich auch der Tractus opticus. Schliesslich wird an der Hand eines Falles die Differentialdiagnose zwischen gummösen und tuberculösen Neubildungen an den Hirnnerven und die Aehnlichkeit der ersteren mit der Lepra nervorum erörtert.

Auffallend selten wird bei Hirnsyphilis eine homonyme Hemianopsie, als Folge einer Affection der intracerebralen Sehnervenfasern, constatirt — im Gegensatz zu den häufigen auf Veränderungen der basalen und peripheren Theile der optischen Leitungsbahnen beruhenden Sehstörungen.

III—V. Die anatomischen Veränderungen im Bereich der Nervi oculomotorii, abducentes und trochleares

sollen hier gemeinsam besprochen werden.

In den 17 Sectionsfällen waren die genannten Nerven folgendermaassen in Mitleidenschaft gezogen.

Der Oculomotorius in 10 Fällen, und zwar 6 mal doppelseitig, 4 mal einseitig; der Abducens in 3 Fällen; der Trochlearis nur in 1 Falle. Am häufigsten wurden also beide Oculomotorii betheiligt gefunden.

Unter den 150 aus der Literatur gesammelten Sectionsfällen finden sich Affectionen des Oculomotorius 56 mal (22 mal doppelseitig, 34 mal einseitig, darunter 12 mal mit gekreuzter Hemiplegie) Affectionen des Abducens 27 mal (5 mal doppelseitig, 22 mal einseitig, darunter 11 mal mit gekreuzter Hemiplegie), Affectionen des Trochlearis nur 6 mal.

Die Befunde an diesen drei Nerven sind in drei Tabellen übersichtlich zusammengestellt, in den Tabellen sind bei jedem einzelnen Fall angegeben: die Natur des cerebralen Processes, die intra vitam beobachteten Functionsstörungen und der anatomische Befund am betreffenden Nerven. Was die anatomischen Veränderungen anlangt, so bestanden diese in den allermeisten Fällen in einer localen gummösen Meningitis, welche entweder die Nerven comprimirt oder aber als gummöse Perineuritis und Neuritis auf diese übergegriffen hatte. Manchmal waren die Nerven ganz in die gummöse Neubildung aufgegangen. Seltener wurde eine selbständige gummöse Erkrankung der Nerven beobachtet («Wurzelneuritis» s. oben) Bei Affectionen der Oculomotorii hatte die basale Meningitis ihren Sitz hauptsächlich in der Gegend der Hirnschenkel, den Raum zwischen diesen (an der Austrittstelle der Oculomotorii) durch die gummöse Neubildung ausfüllend; bei Affectionen des Abducens fanden sich ebensolche Veränderungen in der Gegend des Pons. Bei einseitiger Oculomotoriuslähmung mit contralateraler Hemiplegie wurden gummöse Neubildungen und Erweichungsherde in der Gegend des Hirnschenkels und im Pons gefunden; bei einseitiger Abducenslähmung mit gekreuzter Hemiplegie — solche in der dem paretischen Abducens entsprechenden Hälfte des Pons.

VI. Sectionsbefunde bei conjugirter Abweichung der Augen.

Von den 17 zur Section gelangten Fällen hatte keiner intra vitam eine conjugirte Deviation der Augen dargeboten. Dagegen kam eine solche in 5 der aus der Literatur gesammelten Fälle vor. Der Sitz der Erkrankung war hier entweder die eine Grosshirn-Hemisphäre (3 mal) oder der Pons (und die Medulla oblongata) (2 mal).

Die Fälle sind gleichfalls tabellarisch zusammengestellt.

VII. Anatomische Befunde an den Augenmuskeln selbst.

Die von den gelähmten Nerven versorgten Augenmuskeln wurden nur selten anatomisch untersucht. Wo solches geschah, fanden sich in ihnen atrophische und degenerative Veränderungen. In einem Falle (Lues congenita bei einem Kinde) hatten sich in beiden Orbitae gummöse Geschwülste gebildet, welche die Augenmuskeln zum Theil einschlossen.

VIII. Die anatomischen Veränderungen im Bereich der Nervi trigemini.

Affectionen des Nervus trigeminus einer Seite wurden unter den 17 Sectionsfällen 3 mal beobachtet, intra vitam hatten Anaesthesie, Paraesthesie und Hyperaesthesie im Bereich des I. und II. Astes des Trigeminus bestanden; erstere hatte zu neuroparalytischer Keratitis geführt. Es handelte sich stets um ausgedehnte basale gummöse Meningitis, hauptsächlich in der Gegend des Chiasma und in der vorderen Schädelgrube. Von den 150 aus der Literatur gesammelten Sectionsfällen boten 22 Veränderungen am Trigeminus; diese waren also fast ebenso häufig wie die Affectionen des Abducens. Nur in einem Falle waren beide Trigemini betroffen. Einseitige Trigeminus-Parese mit contralateraler Hemiplegie (8 Fälle) war meist durch Affection des Pons bedingt. Der einseitigen Lähmung ohne Hemiplegie lag relativ häufig eine gummöse Degeneration des Nervenstammes selbst oder des Ganglion Gasseri zu Grunde. In anderen Fällen war der Trigeminus durch gummöse Wucherungen, meistens von der mittleren Schädelgrube einer Seite aus, comprimirt.

Keratitis neuroparalytica fand sich bei diesen 22 Fällen von Trigeminus-Affection nur 6 Mal.

(Tabellarische Uebersicht.)

Aus sämmtlichen 167 zur Section gelangten Fällen von Hirnsyphilis mit Augenstörungen (darunter 17 eigene und 150 aus der Literatur gesammelte Fälle) — erhält Verf. folgendes Verhältniss für die Häufigkeit der Erkrankung der einzelnen Theile des Sehorgans:

Es waren betroffen:

Der optische Apparat (Bulbus und optischer Leitungsapparat) . . . . . 101 Mal.
Die Nervi oculomotorii 66 »
» » abducentes 29 »
» » trochleares 6 »
» » trigemini 25 »

Zum Schlusse seien die vorzüglichen lithographischen, zum Theil farbigen Abbildungen (18 Figuren auf V Tafeln) welche die mikroskopischen Befunde illustriren, rühmend hervorgehoben.

(Ein Referat des zweiten klinischen Theiles dieser Arbeit wird folgen). Blessig.

M. van Niessen: Zur Frage des Syphiliserregers. (Vorläufige Mittheilung).

In einem gelegentlich der Feier des 25-jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Wiesbaden vertheilten Flugblättchen theilt Verf. neue Befunde im Blut, Urin und in den



Geweben Syphilitischer mit. Im Blut und Urin fand er «Sporen und deren Vervielfältigungs- resp. Derivationsformen einer Penicilliumart» Die im Blut zur Zeit des Exanthems ausnahmslos zu findenden Coccen- und Diplococcenformen haben keine Eigenbewegung, verleihen bei ihrer enormen Menge dem Blut oft ein siegellackrothes Aussehen und erscheinen bei Benutzung eines Immersionssystems intensiv rubinroth mit blassgrünem Hof. Sie vermehren sich in geeigneten Nährböden. Ausserdem fanden sich innerhalb der aus rothen Blutkörperchen entstandenen farblosen Plasmascheiben, aber auch frei winzigste, sich lebhaft bewegende «Mikroorganismen von Diplococcen-, Bohnen- und Schwärmsporenform.» In einigen Blutpräparaten entwickelte sich nach 8—14 Tagen eine «Pilzwucherung mit dichtem Hyphennetz und reifenden Fructificationsorganen». Bei einem Kind mit syphilitischem Ekzem fand Verf. unter den Epithelschichten im Unterhautzellgewebe, in den lockeren Fettschichten, ein «dicht verschlungenes Schimmelhyphennetz, theilweise mit reifenden Fruchtträgern». (Näheres verspricht Verf. in einer grösseren Arbeit zu bringen. Die vorliegende vorläufige Mittheilung haben wir auf dringendes Ansuchen des Verf. referirt. — Ref.) W.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Kothe: Das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie. Jena, Gustav Fischer, 1894. 32 pag.

Neurasthenie ist pathologische Steigerung und Fixirung an sich physiologischer Ermüdungserscheinungen. Gestützt auf die neuesten Untersuchungen, denen zufolge sowohl die Protoplasma- als auch die Axencylinderfortsätze der Nervenzellen frei endigen, somit keine Continuität der einzelnen Nerveneinheiten (Neurone) besteht, sieht Verf. in der von His postulirten formlosen Zwischenmasse in der Marksubstanz, wenn jene infolge gesteigerter Arbeit der Zellen mit Stoffwechselproducten länger oder dauernd angefüllt ist, die anatomische Grundlage der Krankheit. Diese intermediäre Substanz muss von jeder Erregung beim Uebergang von einem Zellenbezirke zum anderen passirt werden, und wird daher eine chemisch abnorme Beschaffenheit derselben die Höhe und Dauer der Leistungsfähigkeit der Zellen herabsetzen. Die Zähigkeit der neurasthenischen Erscheinungen wird auf ererbte neuropathische Constitution zurückgeführt. Die Prognose richtet sich mehr nach der Schwere der erblichen Belastung und nach der Dauer des Leidens, als nach der Schwere der Krankheitserscheinungen. Die Prophylaxe hat in ausgebreitetstem Maasse der nervösen Disposition entgegenzuarbeiten. Besonderes Gewicht ist auf geistige Erziehung, geregelte Arbeit zu legen. Der ungenügende Wechsel zwischen geistiger und körperlicher Arbeit und Ruhe, welch letztere eine geistige wie körperliche sein soll, muss streng gemieden werden. Die Schulstunden der Kinder ohne Ruhepause durch Turnstunden zu unterbrechen, oder den durch seinen Beruf erschöpften Gelehrten ohne weiteres Tage und Wochen lang in den Bergen umherzuhetzen, ist ein physiologischer Irrthum. Grosse Pflege ist dem Schlafe zu widmen. Es giebt kein einzelnes specifisches Heilmittel, keine Behandlungsmethode, welche allein oder ausschliesslich im Stande wäre, die Neurasthenie zu heilen. Jede Behandlung hat darauf hinauszulaufen, dem Organismus im Allgemeinen und dem Nervensystem im Besonderen zunächst Ruhe und Schonung zu gewähren und erst dann, vorsichtig abwägend, jene Massregeln anzuschliessen, welche leicht anregend und schliesslich heilend wirken. In der Diät sollen Vegetabilien mehr bevorzugt werden, als es in unseren Gegenden üblich ist. Erhöhte Aufmerksamkeit ist auf einen guten Ernährungszustand der Musculatur zu richten. Sehr günstig wirkt Luftwechsel, ausser durch andere Momente eventuell auch durch klimatische Verhältnisse. Höhenklima setzt eine gewisse jugendliche und robuste Constitution voraus. Auch das Klima des deutschen Mittelgebirges ist durchaus nicht indifferent. Hydrotherapie darf nur in milder Form gestattet werden. Massage, speciell als Factor der Mitchellschen Kur, welche unbeständige Erfolge giebt, ist ebenfalls nur ein Glied in dem Gesammtverfahren. Werthvoll ist Gymnastik in jeder Form, aber genau geregelt und zugemessen (vorzüglicher Einfluss der Militärjahre) Elektricität ist kein Specificum, wirkt wohl hauptsächlich durch Suggestion, welche in der «larvirten Psychotherapie» (statt der Hypnose) zu mechanischen, elektrischen und sonstigen Hilfsmitteln ihre Zuflucht nimmt. Die beste Suggestion ist Hebung des Selbstvertrauens. Arzneimittel kommen nur symptomatisch oder suggestiv in Betracht. Verf. hält jede Arznei für entbehrlich bei der Möglichkeit von den erwähnten Methoden beliebig Gebrauch machen zu können. Brunnenkuren steht er skeptisch gegenüber. Eine 4—6 wöchentliche Kur ist nicht ausreichend; 2—3 Monate sind das Minimum für eine Kur, welche überhaupt Werth und Erfolg von Dauer haben soll und welche am Besten in nicht zu grossen, offenen Anstalten durchgeführt wird. Michelson.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 10. Januar 1894.

1) Dr. Lunin: Fall von Laryngitis phlegmonosa acuta. Ein Herr im Alter von 49 Jahren erkrankte nach vorausgegangener Angina am 25. December 9 Uhr Abends unter den Erscheinungen einer schweren Dyspnoe. Ein hinzugerufener College fand den Patienten fast in der Agonie, doch erholte letzterer sich wieder nach Application von trockenen Schröpfköpfen auf die obere Brustgegend und nach Inhalationen. Um 10 Uhr Abends fand Dr. Lunin, der hinzugezogen worden war, eine starke Schwellung der Epiglottis und der linken aryepiglottischen Falte, welche lebhaft geröthet waren. Da die Athmung wieder schwerer wurde, so machte Ref. sich auf, um Instrumente zur Ausführung einer Tracheotomie herbeizuschaffen, und als er nach etwa höchstens 10 Minuten wieder beim Kranken war, so hatte derselbe eben aufgehört zu athmen. Die sofort ausgeführte Cricotomie und eingeleitete künstliche Athmung, etwa 20 Minuten lang, blieben erfolglos. Patient war erstickt.

Bei der von Dr. Westphalen ausgeführten Obduction wurde folgendes gefunden: Weiche Gaumen und hintere Rachenwand stark geröthet, die folliculären Apparate stärker hervortretend. Die Epiglottis enorm durch Oedem glasig gequollen, desgleichen auch die linke aryepiglottische Falte, derart, dass dieselbe den Larynxeingang vollkommen verlegt. Auch im Innern des Kehlkopfes die Mucosa geröthet und stark oedematös. Auf Schnitten durch die geschwollene Epiglottis entleert sich eine eitrig trübe Flüssigkeit.

Ausserdem wurde die Arteria poplitea des Falles herauspräparirt, da angeblich ein Aneurysma derselben vor Jahren von Dr. Wulff[1]) durch prolongirte Compression zum Verheilen gebracht worden war. Die Arterie zeigte starke Sclerosirung der Intima und war peripher durch obliterirende Endarteritis verschlossen. Die betreffenden Präparate werden demonstrirt.

2) Dr. Kernig ergänzt zu dem von ihm auf der vorigen Sitzung mitgetheilten Fall von Tumor mediastini (Diese Wochenschrift 1894 Nr. 2) dass der Zustand der Patientin sich unterdessen bedeutend verschlimmert habe. Es habe sich bluthaltiges, himbeergeleeartiges seit 3 Tagen sogar gangränöses, übelriechendes Sputum eingestellt. In der rechten Lungenspitze hinten, lässt sich eine Caverne nachweisen. Die Stauungserscheinungen an der Brust haben noch zugenommen.

3) Dr. Moritz berichtet über folgenden unaufgeklärten Fall. Am 15. December 1893 wurde ein Marineofficier St. von seinem Hunde am Finger gebissen und an den Bart gepackt, jedoch ohne wahrnehmbare Verletzungen im Gesichte. Der Hund, der auch andere Personen verletzt hatte, erwies sich später als hydrophob. Sämmtliche Personen haben sich vom 18. Dec. an im Kaiserl. Institut für Experimentalmedicin der Pasteur'schen Injectionskur unterzogen und sind bis auf einen alle gesund geblieben. Nur der Marineofficier, welcher während der Kur am 20. Dec. bei strenger Kälte und heftigem Winde eine Fahrt nach Kronstadt über das Eis des Meerbusens in offenem Schlitten unternommen hatte, wobei er stark durchfroren war, erkrankte hier im Verlaufe der Kur am 1. Januar mit allgemeinem Unwohlsein, Schwäche der Beine, Empfindlichkeit der Haut, Unruhe und Schlaflosigkeit. Anfangs wurde er in seiner städtischen Wohnung vom Ref. und dem Leiter der Abtheilung für die Pasteur'schen Schutzimpfungen behandelt, ohne jedoch vom 2. Januar ab mehr den Injectionen unterzogen zu werden. Am 8. Jan. erfolgte seine Ueberführung ins Deutsche Alexander Hospital.

Patient liegt möglichst unbeweglich im Bett, da ihm alle Bewegungen in hohem Grade schmerzhaft sind. Namentlich besteht hochgradige Hyperaesthesie und Hyperalgesie der oberen Körperhälfte bis zur Herzgrube. Seit gestern haben sich Schmerzen zu beiden Seiten des Halses und in der Kopfhaut eingestellt. Uebrigens kann Pat. sprechen und rauchen, überhaupt den Mund weit öffnen und flüssige Nahrung ohne Beschwerden zu sich nehmen. Die Muskelreflexe sind etwas gesteigert, jedoch bewirkten Priessnitz'sche Einpackungen auf einige Zeit Schlaf und Ruhe. Puls beschleunigt, 108—114.

Ref., welcher während seiner 22 jährigen Thätigkeit am Obuchow-Hospital eine grosse Anzahl Lyssakranker gesehen hat, ist der Ansicht, dass die gewöhnliche Form von Hydrophobie in diesem Falle nicht vorliege, namentlich im Hinblicke darauf, dass ein Hydrophobischer noch nie 10 Tage gelebt hat. Da jedoch bei Hunden eine paralytische Form der Rabies vorkommt und in den Zeitschriften, namentlich englischen, dem vorliegenden Falle ähnliche beschrieben worden, die mit Pasteur'schen Impfungen in Zusammenhang gebracht wurden, so erscheint es dem Ref. möglich, dass es sich hier um

[1]) Sitzungsprotokoll vom 31. März 1880 (Diese Wochenschr. 1880, Nr. 32).



eine durch die Impfungen modificirte Infection handele, falls man nicht eine hysterische Hyperaesthesie psychischen Ursprungs annehmen wolle. Eine spinale Erkrankung ist nach des Ref. Anschauung ganz ausgeschlossen, da auch Hirnnerven an der Erkrankung betheiligt sind.

Dr. Amburger meint, dass eine starke Erkältung, wie sie in diesem Falle vorgelegen, ähnliche spinale und nervöse Erscheinungen hervorrufen könne.

Dr. Westphalen ist gleichfalls der Ansicht, dass die mitgetheilten Symptome auf einen rheumatischen Ursprung zurückgeführt werden können.

Dr. Metzler hat in der letzten Zeit nach Influenza mehrere Fälle mit hochgradiger Schmerzhaftigkeit der Hautdecken, namentlich der Bauchhaut, beobachtet.

Dr. Assmuth theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, wo ein von einem Hunde gebissener Patient an Hydrophobie zu Grunde ging, während der Hund selbst über ein Jahr gesund blieb.

Dr. Kernig referirt über einen vom verstorbenen Dr. Herrmann beobachteten Fall, wo eine gesunde Katze einen Patienten inficirte, der an Hydrophobie starb.

Dr. de la Croix glaubt diese Fälle dadurch erklären zu können, dass die (noch unbekannten) Infectionsträger der Lyssa im Speichel der Thiere vorhanden gewesen sind, ohne eine Allgemeininfection dieser Thiere bewirkt zu haben, wie man ja auch unter Umständen während einer Choleraepidemie die specifischen Kommabacillen im Stuhlgange ganz gesunder Personen nachgewiesen hat. Solche Personen können dann gleichfalls die Epidemie weiter verbreiten, ohne selbst erkrankt zu sein.

Anmerkung: Wie Dr. Moritz auf der folgenden Sitzung mittheilte, ist sein Patient nach dreiwöchentlichem Hospitalaufenthalte anscheinend gesund entlassen worden.

Director: Dr. C. von Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Herr Prof. Tschish in Jurjew (Dorpat) hat uns um die Aufnahme folgenden Aufrufes gebeten:

«In Jurjew ist eine Gesellschaft zur Unterstützung nothleidender Studenten der Universität gegründet worden. Die Gesellschaft zählt bis jetzt etwa 40 Mitglieder, besitzt keine Kapitalien und vermag ihre Mittel durch wohlthätige Veranstaltungen, wie Concerte, Theateraufführungen und dergl. nicht zu vergrössern, weil solche in einer so kleinen Stadt wie Jurjew keine nennenswerthe Erträge liefern. Dabei ist die Lage der unbemittelten Studenten nirgends so schwierig, wie in Jurjew: die Zahl der Stipendien, über die die Universität verfügt, ist klein und Gelderwerb durch Privatstunden und schriftliche Arbeiten ist sehr schwierig. Die Zahl der Studenten der Jurjew'schen Universität, die der Unterstützung der Gesellschaft bedürfen ist daher gross. Um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, bedarf die Gesellschaft daher der Unterstützung von Seiten Aller, die Verständniss und Herz besitzen für die Bestrebungen derselben. Unter den Aerzten, die ihre Ausbildung in Dorpat erhalten haben, finden sich gewiss solche, die den Zöglingen ihrer gemeinsamen Alma mater gern helfen werden, und ihre Hülfe ist jetzt, wo die Gesellschaft noch keine eigenen Mittel erworben hat, nöthiger denn je. Jeder Beitrag wird mit Dank entgegen genommen.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 5 Rubel; derselbe kann durch eine einmalige Zahlung von 100 Rubeln abgelöst werden.

Man bittet die Beiträge an folgende Adresse zu richten: Обществу для пособія нуждающимся студентамъ. Университетъ Юрьевъ.

Wir unsererseits wünschen den menschenfreundlichen Bestrebungen der genannten Gesellschaft den besten Erfolg. Die Mittel vieler, oft aus weiter Ferne herangezogener Studenten sind in der That so gering, dass von einer materiellen Sicherheit ihrer Existenz nicht die Rede sein kann. Wie sehr darunter die zu einem gedeihlichen Universitätsstudium nothwendige Freudigkeit des strebenden Geistes leiden muss, liegt auf der Hand. Wir würden uns freuen, wenn der vorstehende Aufruf dazu beitrüge, der obengenannten Gesellschaft neue Mitglieder zuzuführen.

Die Redaction.

Vermischtes.

— Wie mehrere hiesige Blätter melden, ist dem Berliner Kliniker, Geheimrath Prof. Dr. E. Leyden, der St. Annen-Orden I. Classe Allerhöchst verliehen worden.

— Einer Aufforderung des Ministers des Kaiserlichen Hofes folgend, haben sich der Moskauer Professor der pathologischen Anatomie, Dr. J. Klein und der dortige Professor der Anatomie, Dr. Sernow mit dem Prosector Dr. N. W. Altuchow aus Moskau nach Livadia begeben, — ersterer zur Obduction und die beiden letzteren zur Vornahme der Einbalsamirung des in Gott entschlafenen Kaisers Alexander III.

— Die medicinische Prüfungscommission, welche an der Moskauer Universität im Laufe des September-Monats und in der ersten Hälfte des October thätig war, hat, den dortigen Zeitungen zufolge, jetzt ihre Arbeiten beendet. Die Prüfungsresultate sind in diesem Jahre recht günstige gewesen. Zu den Prüfungen hatten sich 249 Personen gemeldet; von diesen waren 16 Personen zum Examen nicht erschienen, während die übrigen 233 Personen die Prüfung bestanden und zwar 19 von ihnen mit Auszeichnung. Von den 233 genannten Personen erhielten 227 den Arztgrad, während bei den übrigen 6, welche Angehörige slavischer Länder und nicht im Besitze des Maturitätszeugnisses sind, nur das Factum des Bestehens des Arztexamens anerkannt, nicht aber der Arztgrad zuerkannt wurde. Ebenso günstige Resultate der Prüfungen in den medicinischen Examinationscommissionen werden auch aus Kasan und Charkow berichtet. An der Universität Kasan haben von 75 Candidaten, die sich zu den Prüfungen gemeldet hatten, 70 den Arztgrad und von ihnen 44 eximia cum laude erhalten und an der Universität Charkow ist sogar sämmtlichen 75 Prüfungscandidaten der Arztgrad (darunter 20 eximia cum laude) zuerkannt worden.

— Verstorben: 1) Am 8. October in Nishni-Nowgorod der Kreisarzt von Balachna Woldemar Sewecke im 61. Lebensjahre am Schlage. Wie Dr. Rodsewitsch im Wratsch mittheilt, hatte der Hingeschiedene im Jahre 1861 an der Dorpater Universität das Arztdiplom erlangt und war die meiste Zeit Landschaftsarzt im Gouv. Nishni-Nowgorod. Erst vor 2 Jahren nahm er die Kreisarztstelle in Balachna an, welche er bis zu seinem Lebensende bekleidete. S. war ein auf der Höhe seiner Wissenschaft stehender Arzt und hatte trotz der kargen Mittel, welche ihm zu Gebote standen, eine beachtenswerthe medicinische Bibliothek angeschafft. Er wurde in einem Gasthause, in welchem er abgestiegen war, am Morgen in bewusstlosem Zustande gefunden. Die Beerdigungskosten trug die Gesellschaft der Aerzte in Nishni-Nowgorod. 2) Am 22. October in St. Petersburg der hiesige freiprakticirende Arzt Dr. Ernst Schütz im 31. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1883—89 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war Sch. anfangs Arzt in Narva und in letzter Zeit in St. Petersburg. 3) Im September der jüngere Ordinator des Militärhospitals in Dwinsk Michael Klepatschewski im Alter von 34 Jahren an Phthisis. In St. Petersburg geboren, erhielt er auch an der hiesigen militär-medicinischen Academie seine ärztliche Ausbildung und wurde 1888 Militärarzt. Er hat seine Frau mit 3 Kindern ganz mittellos hinterlassen.

— Wie verlautet, soll der bekannte Ophthalmolog, Professor Stellwag von Carion, welcher nach langjähriger Wirksamkeit an der Wiener Universität als Director der I. Augenklinik vor Kurzem in den Ruhestand trat, in Folge des Todes seines Nachfolgers Prof. Mauthner wieder zur Uebernahme der Leitung der Augenklinik bis zur Besetzung der betreffenden Professur aufgefordert werden.

— Das Gesammtvermögen der medicinischen Unterstützungscasse (gegründet von dem verst. Prof. J. A. Tschistowitsch) betrug zum 15. October d. Jahres 217,800 R. in Werthpapieren und 2830 R. in baarem Gelde. Im Laufe des verflossenen Berichtsjahres hat die Kasse an Unterstützungen für Wittwen- und Waisen von 54 Aerzten 7827 R. 91 Kop. gezahlt.

— Die kaukasischen Mineralbäder haben in der verflossenen Cursaison der Krone einen Reingewinn von 25,800 Rbl. eingebracht. (Syn Ot.—Wr.)

— Vor Kurzem ist nach den «Now. Dnja» der bekannte Berliner Neurolog und Elektrotherapeut, Prof. Herm. Oppenheim, in Kiew gewesen, wohin er von Nervenkranken zur Consultation geladen war.

— Prof. Tauber (in Warschau) hat der militär-medicinischen Academie für ihr chirurgisches Museum eine werthvolle Präparaten-Collection von Schussverletzungen als Geschenk dargebracht. (Now. Wr. — R. Med.)

— Die Herausgeber der im Erscheinen begriffenen «Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere», die Proff. Lubarsch (Rostock) und Ostertag (Berlin) richten an alle Verfasser von Arbeiten allgemein pathologischen, bacteriologischen und pathologisch-anatomischen Inhalts die Bitte, das Unternehmen durch Uebersendung von Sonderabdrücken ihrer Arbeiten zu unterstützen. Arbeiten thierpathologischen Inhalts bittet man an Prof. Dr. Ostertag in Berlin NW., thierärztliche Hochschule, alle anderen aber an Proffessor Dr. Lubarsch in Rostock, pathologisches Institut zu senden.

— Den 14. October 1894 war die 58. Jahressitzung der Allerhöchst bestätigten Gesellschaft des «Mariencapitals für Aerzte, deren Wittwen und Waisen». Zum 1. October 1894 war der Cassenbestand: 406,176 S.R. Staatspapiere, 6520 SR. auf laufende Rechnung in der Reichsbank und 368 R. 24 Kop. in der Gesellschaftscasse. Die Zahl der Mitglieder ist 59, von denen 22 Mitglieder von der Zahlung befreit sind — 2 wegen Krankheit und 20 nach 25-jähriger Zahlung des Mitgliedsbeitrags. Ein verheirathetes Mitglied zahlt 60 Rbl. jährlich. Im Berichtsjahre sind verausgabt: An Pensionen für Wittwen und arbeitsunfähigen Mitgliedern 14250 R. an Unterstützungen von Kindern gewesener Mitglieder 900 R. Die Pension von 300 Rbl. jährlich erhalten 45 Wittwen und 3 Aerzte. Unterstützungen von 100 bis 200 R. wurden an 5 Töchter und 1 Sohn gewesener Mitglieder vertheilt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. October d. J. 6110 (188 mehr als in der Vorwoche), darunter 159 Typhus — (14 mehr), 902 Syphilis — (18 mehr), 133 Scharlach — (14 mehr), 26 Diphtherie — (3 mehr), 21 Masern — (1 mehr), und 13 Pockenkranke (1 weniger).

Vacanzen.

Zur Leitung des städtischen Krankenhauses (30 Betten) in Odojew (Gouv. Tula) und Besorgung des benachbarten ärztl. Bezirks wird ein Arzt (nicht Jude) gesucht, der wenigstens drei Jahre bereits praktisch thätig gewesen und mit der Chirurgie vertraut ist. Gehalt und Quartiergeld 1080 Rbl. jährlich. Adresse: «Одоевская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. October 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
244	191	435	80	25	90	11	6	13	34	37	32	33	53	15	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 3, Scharlach 13, Diphtherie 19, Croup 9, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 26, Todtgeborene 14.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. November.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. November.

Довв. ценз. Спб. 29 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.
Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 5. (17.) November 1894

Dieser № liegt, die klinische Diagnose der Krankheit und das Protokoll über die Obduction der Leiche des in Gott ruhenden Kaisers Alexander III., bei.

Zur Therapie der Phthise.

Von

Prof. Dr. K. Dehio.

Ein auf dem VI. livländischen Aerztetag zu Wolmar am 5. September 1894 gemachter Vorschlag.

M. H.! Wenn ich für eine kurze Zeit ihre Aufmerksamkeit erbitte, so geschieht es nicht um Sie mit einer breiten Darlegung der Grundsätze und Anschauungen zu ermüden, welche der heutigen Therapie der Phthisis zu Grunde liegen und welche ja Ihnen Allen bekannt sind. Ich möchte Ihnen nur einige aphoristische Gedanken vorlegen, die mir oft in meiner Praxis aufgestiegen sind und speciell die Phthiseotherapie bei uns zu Lande betreffen. Wie oft werden wir nicht von jungen Menschen consultirt, die bis vor Kurzem in blühender Gesundheit gestanden haben und nun zu hüsteln und zu kränkeln begannen. Eine geringe Abmagerung und Blässe, vielleicht etwas Kurzathmigkeit und Brustschmerzen sind die einzigen Veränderungen, sind die einzigen Störungen, die sie zum Arzte treiben. Allein das Stethoscop lässt ein paar Rasselgeräusche an einer Lungenspitze erkennen und eröffnet damit die ganze trübe Perspective in die oft elend endende Zukunft des beginnenden Phthisikers. Was thun? — ist hier die schwer zu beantwortende Frage. Handelt es sich um einen reichen und unabhängigen Menschen, so kann er sich freilich durch eine Reise in den Süden oder nach Davos die günstigsten Chancen für die Wiederherstellung seiner Gesundheit schaffen — viel häufiger aber haben wir es mit Kranken zu thun, deren Mittel es nicht gestatten, einen der theuren Curorte oder eine elegante Heilanstalt des Auslandes aufzusuchen. Hier muss womöglich auf anderem Wege Rath geschaffen werden.

Die Antwort auf die Frage, was zu thun sei, hat zu verschiedenen Zeiten und je nach den in der Medicin herrschenden Richtungen und Strömungen sehr verschieden gelautet. Aus meiner Kinderzeit ist mir sehr lebhaft erinnerlich, wie die Furcht vor Erkältung die ganze Therapie der Lungenschwindsucht beherrschte. Die Kranken durften zumal in den langen kühlen und kalten Jahreszeiten ihre Wohnung nicht verlassen, und die Folge war, dass sie permanent in dumpfen, kleinen, luft- und lichtlosen, überheizten Stuben ihr trauriges und monotones Dasein fristen mussten; war Fieber vorhanden, so wurde die schon ohnehin oft schmale Kost auf Thee und Hafertum reducirt, um durch Luxuszufuhr dem fieberhaften Process nicht neue Nahrung zuzuführen; bei Husten und Auswurf wurden Lakritz und Salmiak und andere Expectorantien so lange verordnet, als der Magen es irgend vertrug. So irrationell diese Behandlungsmethode dem modernen Arzt auch erscheinen mag, so hat es doch lange gedauert, bis eine Besserung derselben sich Bahn brach.

Der erste Fortschritt bestand darin, dass die Furcht vor der frischen Luft, zum Theil wenigstens, überwunden wurde. Man sah ein, dass, wenn der permanente Zimmeraufenthalt schon gesunden Lungen nicht wohlthut, die mit Staub und allen möglichen Exhalationen verunreinigte Stubenluft den kranken Lungen erst recht nicht zum Heil gereichen könnte. Man begann die Kranken wenigstens im Sommer aufs Land zu schicken, und die Klimatotherapie feierte ihre ersten Triumphe. Sehr erleichtert wurde dieselbe durch die moderne Ausbildung der Verkehrsmittel, welche auch uns Nordländern den schönen sonnigen Süden in eine früher nicht geahnte Nähe rückte. Aber die Uebertreibungen blieben nicht aus; je schwerer die Krankheit, desto mehr war man bemüht dem Leidenden als letztes Mittel einen Winteraufenthalt im Süden zu ermöglichen. Kranke im letzten Stadium, kaum mehr im Stande sich auf den Beinen zu halten, wurden den Strapazen der weiten Reise unterworfen und die Leichensteine der Kirchhöfe von Nizza und Meran sind die stummen und doch so beredten Zeugen dieser erfolglosen Therapie — erfolglos vor Allem deshalb, weil meist erst zu Ende der Krankheit versucht wurde, was in ihrem Beginn hätte geschehen müssen.

Erst später sah man ein, dass der Mensch von Luft allein nicht lebt und dass bei einer zehrenden Krankheit



in erster Linie die Kräfte geschont und Ersatz für den verstärkten Zerfall der Körpersubstanz geschafft werden muss. Gute Ernährung und gute Pflege traten neben der Beschaffung reiner Luft in den Vordergrund der therapeutischen Forderungen.

Nur zu bald lehrte jedoch die Erfahrung, dass Nahrung und Pflege in der weiten Fremde nur für schweres Geld zu haben sind, und dass ein Phthisiker, der aus Mangel an Mitteln gezwungen ist, ein enges und nicht zu erheizendes Stübchen, wenn auch im schönsten Curort zu bewohnen, gar oft viel schlimmer dran ist, als wenn er daheim in der liebenden Pflege der Seinen geblieben wäre. Es ist eine gesunde Aeusserung des praktischen Sinnes unserer Aerzte, wenn sie heute mit der Verordnung einer Reise in den Süden vorsichtiger geworden sind und nur solche Kranke zu derselben überreden, die auch in der Fremde sich all' den Comfort erlauben können, an den sie zu Hause gewöhnt sind.

Ein fernerer wichtiger Umstand ist wohl zu beachten: Ebenso, wie wir von einem Gesunden, der an ein unregelmässiges und unvernünftiges Leben gewöhnt ist, nicht verlangen können, dass er alsbald eine vernunftgemässe Lebensweise einschlägt, wenn wir ihm nur die Principien einer solchen erläutern, ohne ihn praktisch zu derselben anzuhalten — ebenso dürfen wir von einem Phthisiker nicht erwarten, dass er im Stande sei, die diätetischen Vorschriften, die wir ihm geben können, auch sofort mit Verständniss und Consequenz zu erfüllen. Hierzu gehört mehr als eine mündliche Unterweisung. Will man etwas erreichen, so muss man erzieherisch auf den Kranken einwirken. Der Arzt muss im Stande sein, den Kranken fortwährend zu beaufsichtigen und ihm nicht nur mit Rath zur Seite stehen, sondern ihn auch durch thatkräftige Hülfe zu allem dem anhalten, was zu seiner Heilung nöthig ist. Das ist nun in offenen Curorten, wo die Kranken fast ganz ihrem eigenen Ermessen überlassen sind und thun und lassen können, was sie wollen, kaum zu erreichen.

Hier tritt nun die Behandlung in geschlossenen Heilanstalten in ihre Rechte, wie sie zuerst von Bremer (Görbersdorf) und Dettweiler (Falkenstein) errichtet worden sind. In diesen Anstalten finden die Kranken Alles, was ihnen Noth thut und — last not least — eine permanente ärztliche Beaufsichtigung und den praktischen, erzieherischen Zwang, ihr Leben genau nach den Forderungen der Hygiene und Therapie einzurichten. Der regelmässige Turnus des täglichen Anstaltlebens bringt es mit sich, dass sie nolens volens sich in das ihrem Gesundheitszustand angepasste Getriebe hineinfügen und fast niemals in die Lage kommen, Dinge zu unternehmen oder sich Extravaganzen zu erlauben, die ihnen unzuträglich sind. Wie viele junge, an das unregelmässige Treiben der Grossstädte gewöhnte Leute lernen hier zum ersten Mal eine vernunftgemässe Lebensführung. und wo etwa Zweifel darüber auftauchen, was gut oder schädlich ist, da steht ihnen der Arzt zur Seite, welcher regulirend und corrigirend in das Leben der Kranken eingreift und die sachgemässe Ausführung seiner therapeutischen Anordnungen überwacht. Es ist eine bekannte Thatsache, dass hydropathische und sonstige physikalische Heilmethoden nirgends solche Erfolge erzielen, wie in diesen Anstalten, bloss aus dem Grunde, weil sie zu Hause fast nie in kunstgemässer Weise ausgeführt werden.

Und in der That: die Erfolge der Anstaltsbehandlung sind vielversprechend. Wenn Dettweiler bei Phthisikern, die in der ersten Zeit ihrer Erkrankung in seine Anstalt kamen, in 50 pCt. Heilung erreicht haben will, so ist das ein Resultat, welches die bisher übliche ungünstige Prognose der Lungentuberculose wesentlich hoffnungsreicher gestalten muss.

So standen die Dinge, als die Episode der specifischen Behandlung der Tuberculose mit dem Koch'schen Mittel die Welt in einen Taumel von medicinischem Optimismus hineinriss, wie man ihn noch nie erlebt hatte. Leider war es nur ein schöner Traum, und wie wir ernüchtert aus demselben erwachten, da sahen wir uns denselben Problemen der Schwindsuchts-Behandlung gegenübergestellt wie vorher. Die ärztliche Welt sah ein, dass die Zeit für eine antitoxische Behandlung der tuberculösen Infection noch nicht gekommen sei, und kehrte zu dem richtigen Grundsatz zurück, dass wir diesem Würgeengel gegenüber bis jetzt nichts anderes thun können, als die Tuberculösen so früh wie möglich unter solche Bedingungen zu setzen, unter denen die Krankheit erfahrungsgemäss am ehesten zur spontanen Ausheilung gelangt.

Aber ein Fortschritt war doch erreicht. Das Bestreben auch den Armen und Schwachen die Wohlthat einer rationellen Behandlung zu Theil werden zu lassen, hatte einen neuen, lebhaften Anstoss erhalten und dieser trug seine Früchte.

Deutschland ging voran mit der Einrichtung von Sanatorien, die nicht gegen schweres Geld sich den Reichen öffnen, sondern als Volksheilstätten den Armen unentgeltlich zu Gebote stehen. Die erste derartige Anstalt ist dank der energischen Initiative Finkelnburg's und Dettweiler's vom Frankfurter Verein für Reconvalescenten-Anstalten in Falkenstein vor zwei Jahren eröffnet worden und viele ähnliche Gründungen sind nicht nur in Deutschland, sondern auch in Oesterreich, wo Schrötter die erste Anregung gegeben hat, sowie in Frankreich im Entstehen. — So sind wir nach unseren jetzigen Kenntnissen auf dem rechten Wege. Will man die mächtigste und verderblichste aller Volksseuchen erfolgreich bekämpfen, so muss man seitens des Staates und der öffentlichen Wohlthätigkeit dem Bedürfniss der niederen Stände nach einer rationellen Hülfe entgegenkommen.

Und wie steht es nun bei uns? hier giebt es weder für Arme noch für Reiche ein geeignetes Unterkommen, wenn sie an der Phthise erkranken. Wer nicht im Stande ist in der Fremde, fern von der Heimath und seiner Familie, ein theures Sanatorium oder einen Curort aufzusuchen, der befindet sich daheim in einer üblen Lage.

Gewissenhafte und theilnehmende Aerzte findet er hier eher als anderswo — aber die Methode der Behandlung ist hier mehr die durch das Wort als die durch die That. Wir sagen dem Kranken was er thun soll, wir schicken ihn womöglich auf's Land, und rathen ihm gut zu essen und sich zu pflegen, aber dann sind wir oft am Ende unseres Könnens. Dass der Kranke wirklich Alles, so wie wir es meinten, erfüllt, das sind wir fast nie im Stande durchzusetzen, denn wir haben nicht die Möglichkeit als Hausärzte den Kranken zu demjenigen Regime thatsächlich anzuhalten, das ihm Noth thut.

Es liegt auf der Hand, dass solches in radicaler Weise nur geschehen könnte, wenn auch bei uns Sanatorien und Heilanstalten für Schwindsüchtige eröffnet würden. Unser rauhes Klima würde dieses nicht hindern; das Vorurtheil, dass Lungenkranke durchaus keine niedrig temperirte Luft einathmen dürfen, ist durch die günstigen Erfahrungen, die man an vielen Orten, namentlich in Davos, mit der Winterluftkur gemacht hat, wohl glücklich überwunden. Ein jeder von Ihnen, m. H., kennt die erquickende, den Bronchialbaum reinigende Wirkung, die eine Winterfahrt im offenen Schlitten hat. Warum sollen wir diese Wohlthat nicht auch den Lungenkranken zubilligen, vorausgesetzt, dass wir sie, in die nöthigen Pelze und Filzstiefel verhüllt, auf seitlich mit Brettern oder Segeltuch verschlagenen, windsichern offenen Veranden vor einer Erkältung der äussern Hautdecken schützen können. Natürlich dürfen solche Versuche nur mit Um-

sicht und nicht bei ungeeigneten Fällen gemacht werden. Einen zu Hämoptoe neigenden Phthisiker werde ich nicht plötzlich in die strenge Winterkälte hinaussetzen. Aber nicht immer ist es bei uns im Winter 20° kalt und es giebt viele Lungenkranke, die eine Abkühlung ihrer Lungenluft ausgezeichnet vertragen.

Ein viel schwereres Hinderniss besteht in der Aermlichkeit unserer socialen Verhältnisse. Das Kapital, welches zur Gründung von Sanatorien nöthig ist, findet sich hier unendlich schwer und das Risiko, dass eine solche Anstalt sich am Ende nicht rentiren könnte, ist ein sehr grosses. Sollte es da nicht möglich sein, die grossen Sanatorien durch andere Unternehmungen in kleinem Maassstabe wenigstens theilweise zu ersetzen? Hier bin ich an dem Punkte angelangt, wo ich meine Vorschläge dem Urtheile der Collegen unterbreiten möchte.

Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass der Landaufenthalt auch bei uns derjenigen Heilfactoren keineswegs entbehrt, deren der beginnende Phthisiker bedarf. Ein Beispiel mag das erhärten. Im Juni dieses Jahres zog mich eine junge Frau aus St. Petersburg zu Rathe, die im Winter eine Influenza überstanden und seitdem einen leichten Spitzenkatarrh nachbehalten hatte. Eine starke Abmagerung und Verlust des Gesundheitsgefühles war die Folge, Fieber jedoch nicht mehr vorhanden. Da die Patientin auf mehreren livländischen Gütern Verwandte hatte, so rieth ich ihr den Sommer auf dem Lande zu verbringen. Ich gab ihr aufs Genaueste Vorschriften, wie sie sich zu verhalten hätte und was sie essen und trinken sollte. Ich gab die Stunden an, an denen sie sich, wie das in den deutschen Heilanstalten üblich ist, vor Kälte wohl geschützt, im Lehnstuhl auf der Veranda aufhalten sollte, ich bezeichnete die Dauer und Ausdehnung ihrer Spaziergänge, ich verordnete Salzwasser-Abreibungen, Kreosot und das Trinken bestimmter reichlicher Mengen von Milch oder Kefir, ich bestimmte die Stunde des Aufstehens und Schlafengehens — kurzum ich sorgte dafür, dass die Kranke zu jeder Tagesstunde genau wusste, was sie nun zu thun und zu lassen hatte. Vor Allem aber gab ich ihr den Rath, ihre Lebensweise genau und regelmässig von dem benachbarten Arzte controlliren und reguliren zu lassen. Die Kranke, welche ihrem Temperament nach durchaus nicht zu den gehorsamsten Patienten gehörte, fügte sich und erfüllte Alles gewissenhaft. Hier hatte ich erreicht, was sonst nur in Anstalten möglich ist: sie konnte in keinem Sanatorium besser gepflegt werden. Das Resultat war, dass sie in 3 Monaten 18 Pfund zugenommen hat und widerstands- und leistungsfähiger geworden ist. Der Spitzenkatarrh ist fast ganz geschwunden.

Sollten nun unsere Landärzte nicht öfter in der Lage sein, bei sich zu Hause oder auf benachbarten Gütern ähnliche Curen durchzuführen? Ein oder zwei isolirte Zimmer und Veranden finden sich, wenn man nur sucht, wohl überall. Kost und Pflege lässt sich in einem landischen Hauswesen so gut und reichlich beschaffen, wie nur irgend zu wünschen, und die permanente erzieherische Thätigkeit des Arztes ist dabei leicht zu erreichen. Die Methode der hygienischen Behandlung erlernt der Arzt in praxi leicht, wenn er nur die Principien beherrscht. Dass eine nach diesen Grundsätzen geleitete Behandlung auch im Winter nicht zu den Unmöglichkeiten gehört, das lehren uns die Erfolge, welche erzielt werden. Auch bei uns zu Lande wird man den Kranken in geschützten Vorbauen und Veranden während des grössten Theils der kalten Jahreszeit den Genuss der frischen Luft ermöglichen können.

Mein Vorschlag also ist: Einrichtung kleiner Pensionate für beginnende Phthisiker in den landischen Doctoraten oder dicht bei ihnen, und dort eine thatkräftige Beaufsichtigung und Leitung der Kranken seitens der Aerzte. Ich bin überzeugt, dass der Erfolg die aufgewandte Mühe lohnen wird.

Referate

H. Kossel: Ueber die Behandlung der Diphtherie des Menschen mit Diphtherieheilserum. (Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. XVII pag. 489).

Nur solche Fälle kamen in Behandlung, an denen durch Nachweis des Löffler'schen Bacillus die Diphtherie im wahren Sinne constatirt war. In ganz seltenen Fällen von Scharlachangina liess sich auch der Löffler'sche Diphtheriebacillus nachweisen.

Die Verschiedenheiten der Epidemien hängen einmal von der grösseren oder geringeren Virulenz der inficirenden Bacillen oder zweitens von der Mitwirkung anderer Mikroorganismen ab. Beim einzelnen Individuum spielt die verschiedene Widerstandsfähigkeit eine Rolle.

Wenn die Diphtheriebacillen im Wesentlichen allein die Krankheit veranlassen, so liegen besonders 3 Gefahren vor: 1) Die Intoxication durch die giftigen Stoffwechselproducte der Bacillen (auch noch Spätwirkungen auf Herz, Nieren und Nerven). 2) Das Vordringen der Bacillen selbst in die nächsten Drüsen und in das Blut. 3) Das Fortschreiten der Krankheit auf den Kehlkopf und die Bronchien. Bei letzterer Complication schreitet der Process meist unaufhaltsam fort, auch an der Tracheotomiecanüle vorbei und führt zur Erstickung oder zu herdweisen, durch Aspiration hervorgerufenen Pneumonien.

Anders ist das Bild, wenn von vornherein Mischinfectionen mit Streptococcen eine erhebliche Rolle spielen. Kehlkopf und Bronchien sind viel weniger gefährdet. Aber durch rasches Eindringen der Streptococcen in die Lymphbahnen entstehen die ominösen diffusen Schwellungen am Halse und dann oft allgemeine schwere Sepsis.

Bei den Mischinfectionen ist constatirt, dass die erste entscheidende Wirkung von den Diphtheriebacillen ausgeht; erst nach diesen können die Streptococcen deletär wirken. Ohne erstere Bacillen sind die Streptococcen ohnmächtig.

Daraus folgt, dass die Besiegung der Diphtheriebacillen auch die Mischformen heilt, wenn die Behandlung rechtzeitig beginnt. Das Stadium der Erkrankung, in welchem die Behandlung mit Antitoxin beginnt, ist daher von ungeheurem Einfluss.

Hat das Diphtheriegift durch längere Einwirkungen die Körperzellen (Nerven, Herz, Nieren) sehr verändert*), sind die Membranen schon in die feineren Bronchien gelangt oder haben schwere septische Infectionen durch andere Mikroorganismen schon stattgefunden — dann wird von Antitoxin nicht mehr irgend sicherer Erfolg erwartet werden können.

Die Versuche über die Heilwirkung des Antitoxin sind nun an verschiedenen Hospitälern begonnen worden. Kossel sagt: Es liegt auf der Hand, dass das Krankenhausmaterial das denkbar ungünstigste ist, weil nur der vierte Theil der Kinder am 2. Krankheitstage eingeliefert wird. Die meisten Kinder werden dann gebracht, wenn sie schwerkrank sind und in Erstickungsgefahr. Fast alle stammen dabei aus den ärmsten Classen der Bevölkerung und den hygienisch ungünstigsten Verhältnissen. Daher fand man bei den Verstorbenen so oft Tuberculose. «Wenn man also die Sterblichkeit bei diesem Material herabzusetzen im Stande ist, wird man bei sorgfältig überwachten und in guten hygienischen Verhältnissen lebenden Kindern der besseren Stände glänzende Resultate erwarten dürfen».

Kossel berichtet nun über 233 diphtheriekranke Kinder die mit Behring-Ehrlich's Antitoxin behandelt wurden. Geheilt wurden 179 = 77 pCt. Von diesen mussten tracheotomirt werden 72, davon genasen 41 = 57 pCt.

Eine Tabelle giebt aufs Anschaulichste den Einfluss des Stadium's der Krankheit, in dem die Behandlung begann.

Die	7	am	I. Tg.	Aufgenommenen	wurden	alle geheilt	= 100 pCt.
Von	71	»	II. Tage	»	»	»	= 97 »
»	30	»	III.	»	»	»	= 87 »
»	39	»	IV.	»	»	»	= 77 »
»	25	»	V.	»	»	»	= 60 »

Die Bestimmung des Krankheitstages war nach Aussage der Angehörigen geschehen. Sehr wahrscheinlich war die Krankheit meist älter als angegeben.

Die über 7 Jahre sich erstreckende Statistik des Krankenhauses am Friedrichshain ergab bei den bisher als beste geltenden Therapien, dass auch von den am I. und II. Krank-

*) Schon nach 3-tägiger tödtlich endigender Krankheit fand P. Meyer den Beginn der Degeneration im peripherischen Nervensystem. Ebenso kann es sich um die Fettmetamorphose des Herzmuskels und der Nierenepithelien handeln.

heitstage aufgenommenen Kindern 34,7 pCt. starben. Dagegen die Sterblichkeit jetzt 0 pCt. (am I. Tage) und 3 pCt. (II. Tag)! Wenn bei Beginn der Serumbehandlung der Kehlkopf noch nicht erkrankt war, so wurde kein Mal ein nachträgliches Erkranken gesehen. Bei einer grossen Zahl von Kranken (31) kam es nicht zur Tracheotomie, obgleich bei der Aufnahme der Kehlkopf schon mehr oder weniger ergriffen war. (Von diesen hatten 6 schon hochgradige Dyspnoe mit starken Einziehungen). Auch die hohe Heilungsziffer der tracheotomirten Kinder ist auf eine Abgrenzung des Processes durch das Heilserum zu beziehen.

Die Analyse der von allen 233 Kindern 53 Verstorbenen (= 23 pCt.), lässt die Heilwirkungen des Serums noch grösser erscheinen, da viele der Verstorbenen moribund eingeliefert wurden, also vielleicht aus der Statistik hätten ausgeschlossen werden können.

Ausser den subcutanen Injectionen von Heilserum fand nur noch häufiges Gurgeln oder (bei widerspenstigen Kindern) Ausspülen mit Jodtrichloridlösung statt. Ref. glaubt, dass Kossel den Effect dieser Spülungen zu gering taxirt, wenn er sagt «zur möglichsten Reinhaltung des Mundes». Jodtrichlorid hat sich als energisches bactericides Mittel erwiesen.

Ueber die Technik der Behandlung mit Heilblutserum siehe das Original. Masing.

P. Baumm und R. Illner: Die Frauenmilch, deren Veränderlichkeit und Einfluss auf die Säuglingsernährung. (Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann Neue Folge № 105).

Der Ausspruch der Verf., dass «die Anschauungen über die Beschaffenheit und Veränderlichkeit der Frauenmilch, so wie deren Einfluss auf die Kinderernährung bei dem Gros der Aerzte unklar sind», besteht im Allgemeinen auch bei uns zu Recht und erlauben wir uns daher etwas ausführlicher auf vorliegende Arbeit einzugehen, welche durch sorgfältiges Studium in Rede stehender Frage nach verschiedenen Richtungen hin wohl geeignet ist Aufklärungen in etwaigen fraglichen Punkten zu verschaffen.

Die im ersten Theil der Arbeit verzeichneten Befunde über Untersuchungen der Milch gesunder mit gewöhnlicher gemischter Kost ernährter Mütter glauben wir füglich übergehen zu können, weil dieselben meistentheils nur Bestätigungen anderweitig ausgeführter Untersuchungen enthalten. Hervorheben möchten wir nur, dass auch Verf. die Schwankungen der einzelnen Milchbestandtheile sehr verschieden gefunden haben und zwar zeigte das Fett die grössten, die Salze die geringsten Excursionen. Das Lebensalter war ohne Einfluss auf die Zu- resp. Abnahme der Milchbestandtheile; ein solcher bestand auch nicht in Bezug auf die Dauer der Milchproduction. Die Milch wies vom 10. Tage an eine gleiche chemische Zusammensetzung auf wie eine von 4—6 Wochen. Dasselbe gilt von der Milch Erst- und Mehrgebärender so wie von derjenigen kräftiger oder schwächlicher Frauen.

Der II. Theil enthält Untersuchungen über den Einfluss welchen eine veränderte Ernährung oder Erkrankungen der Stillenden auf die Milch resp. den Säugling ausüben. Die verschiedenen Ernährungsversuche ergaben, dass bei Mästung der Fettgehalt der Milch bedeutend zunimmt, ohne dass damit eine deutliche Abnahme der Zuckermenge Hand in Hand geht. Die Menge des Eiweisses und der Aschebestandtheile wird durch die Mast nicht verändert. Eine möglichst N-freie Nahrung bleibt ohne Einfluss auf die Milchzusammensetzung. Forcirte Zufuhr N-reicher Nahrung ist im Stande das Milchfett zu vermehren. Eine reichliche Zufuhr von Flüssigkeiten ändert nur in so fern die Milchzusammensetzung, als damit gleichzeitig eine intensivere Ernährung und in Folge dessen eine Zunahme des Milchfettes stattfindet. Das Wasser der Nahrung an sich bleibt ohne Einfluss. Eine sauere, gesalzene und an Gemüsen reiche Kost, welche wie meist angenommen wird, die Milch in für das Kind schädlicher Weise verändern soll, bleibt nach den Untersuchungen der Verf. ohne jeglichen Einfluss auf die Zusammensetzung der Milch.

Die Frage, ob die Milchproduction durch besondere Ernährung oder Medicamente gesteigert werden kann, wird von Verf. dahin beantwortet, dass die Milchmenge überhaupt von der Menge der aufgenommenen Nahrung abhängt, dass dieselbe aber bei sich satt essenden Personen nur unbedeutend gesteigert werden kann. Die Milch erleidet ferner weder durch Menses noch durch psychische Erregung noch durch Erkrankungen der Mutter (Fieber, Mastitis, Nephritis, Magendarmkatarrh) eine derartige Veränderung, dass sie als unzuträglich für das Kind anzusehen ist.

Für die Praxis ergeben sich hieraus also folgende Regeln: Es ist ungerechtfertigt eine junge Amme für ein älteres Kind von vorne herein abzuweisen. Von einer gesunden Amme wird in der Regel eine dem Säugling zuträgliche Milch producirt wie auch immer dieselbe genährt werden mag. Forcirte Zufuhr von Eiweiss, Kohlenhydraten, Flüssigkeiten, saueren Speisen und Gemüsen, desgleichen ein mässiger Alkoholgenuss machen die Milch nicht unzuträglich für das Kind, selbst nicht bei plötzlichem Wechsel. Durch besondere Ernährung der Amme ist es unmöglich eine Gewichtszunahme des Säuglings besonders zu fördern. Da die Milch weder durch psychische Erregung, noch durch Erkrankungen (leichte) eine wesentliche Veränderung erleidet, ist es falsch bei Verdauungsstörungen des Kindes sogleich die Amme zu wechseln. Die Milch stillender Frauen schwankt wesentlich nur im Fettgehalt und so lange dieser die Norm nicht übersteigt, darf die Ursache für die Verdauungsstörung des Kindes auch nicht in der Milch gesucht werden.

Soll eine Amme hinsichtlich ihrer Milchbeschaffenheit geprüft werden, so braucht hauptsächlich nur darauf geachtet zu werden, ob sie ein dem Alter des Kindes entsprechendes Milchquantum producirt. Eine gute Amme muss nach 2—3 stündiger Pause liefern:

in der 1.	Woche	75— 86 g.	oder	600 g.	p.	Tag.
» » 2—4.	»	100—115 g.	»	800 g.	»	»
» » 5—7.	»	119—136 g.	»	950 g.	»	»

Dobbert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. Mannheim: Der Morbus Gravesii (sogenannter Morbus Basedowii). Gekrönte Preisschrift. Berlin 1894 A. Hirschwald.

Die Monographie enthält die Geschichte des Morbus Basedowii, eine Darstellung der neueren Erfahrungen in der Pathologie, eine Kritik der Theorien und die Therapie. Anhangsweise werden noch 41 bisher nicht veröffentlichte Krankengeschichten von Morbus Gravesii im Auszuge angeführt, welche dem Krankenmaterial von Prof. Mendel entstammen. Therapeutisch spricht sich Verf. für eine diätetische Behandlung aus, die durch electrische Manipulationen unterstützt werden soll. 3 Mal ist eine chirurgische Behandlung des Kropfes unternommen worden. Von anderen Autoren 45 Mal. Den Schluss bildet ein Literaturverzeichniss mit 285 Nummern. K.

O. Rosenbach (Professor an der Universität zu Breslau): Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Erste Hälfte. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1893.

Es ist eine dankenswerthe Aufgabe, der sich Verf. unterzogen hat, ein Werk über Herzkrankheiten zu liefern, dass vollständig den Bedürfnissen des praktischen Arztes entspreche: es ist kein Lehrbuch, worin jeder einzelne Klappenfehler in starre Rahmen eingepresst ist, sondern das Werk stellt die Erkrankungen des Herzens so dar, wie sie in den vielfältigen Bildern am Krankenbette sich präsentiren. Schon in den ersten einleitenden Worten über die Ziele der Diagnostik bei Herzkrankheiten wird uns der rein praktische Standpunkt, auf welchen Verfasser bei der Bearbeitung des Stoffes sich gestellt hat, klar. Er macht darauf aufmerksam, dass die alleinige Berücksichtigung der sogenannten pathognomonischen Symptome und specifischer Zeichen am Herzen (die Herzgeräusche, die Verstärkung des Tones, Verbreitung der Herzdämpfung etc.) häufig zu fehlerhaften Diagnosen führt, dass vielmehr in jedem Falle erst eine genaue Analyse des gesammten Krankheitsbildes Aufklärung schaffen kann. Ohne sich in theoretische Deductionen einzulassen, geht Verfasser gleich in medias res über und bespricht im ersten Capitel die äusserst wichtige Frage der Prognose der Herzkrankheiten; hier werden die verschiedenen Momente angeführt, welche bei der Beurtheilung der Prognose berücksichtigt werden müssen, so die Bedeutung der Geräusche und deren Charakters, die Bedeutung der im kleinen Kreislaufe zu beobachtenden Symptome, der Stauungserscheinungen, der Complicationen von Seiten anderer Organe etc.; auch die socialen Lebensverhältnisse der Kranken, die von nicht geringem Einflusse auf den Verlauf des Herzleidens sind, finden eingehende Berücksichtigung und Erwägung. Einige weitere Capitel sind der Besprechung der pseudocardialen Geräusche und der musikalischen Herzgeräusche gewidmet. In einem besonderen Abschnitte bespricht Verfasser die Pathologie und Therapie des Herzens im Fieberzustande und in der Reconvalescenz und geht alsdann zur Besprechung der Functionsstörungen an den verschiedenen Ostien über. Den Schluss des ersten Bandes bilden die Capitel über Sclerose der Kranzarterien, über Asthma cardiale und über Herzpalpitationen. Es ist uns leider bei dem engen Rahmen einer Recension nicht möglich Näheres über den Inhalt der oben erwähnten Capitel hier anzuführen; wir wollen nur bemerken, dass dieselben den Stempel reichster Erfahrung auf jeder Seite tragen; überall



erkennen wir das Urtheil des scharfen Beobachters, der seine langjährigen Erfahrungen wohl zu verwerthen verstanden hat. Wir können das verdienstvolle Buch nur warm empfehlen. Möge dasselbe bei den praktischen Aerzten die ihm gebührende dankbare Aufnahme finden. Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

575 Sitzung am 20. September 1894.

Vorsitzender Herr Moritz.

1) Herr Germann spricht zur Therapie derjenigen Gruppe von Augenverletzungen, bei welchen ein Fremdkörper die Hornhaut durchschlug, in die vordere Kammer und tiefer eindrang, jedoch noch in der Hornhaut fixirt blieb. Dringt ein Fremdkörper in das Auge, ragt aber noch um so viel über der Hornhautfläche hervor, dass ein geeignetes Tractionsinstrument Halt findet, so ist die Entfernung meist einfach und leicht zu bewerkstelligen. Flog der Fremdkörper aber in schräger Richtung an das Auge heran, bildete sich einen längeren taschenförmigen Wundkanal in der Hornhaut, überragt nicht die Hornhautoberfläche und bleibt in der tiefsten der Descemetii dicht aufliegenden Hornhautschicht fixirt — dann bietet die Entfernung des Fremdkörpers oft grosse Schwierigkeiten. Handelt es sich um mineralische und vegetabilische Fremdkörper, dann ist bei gedachter Lage ein Schnitt nicht zu umgehen, sei es, dass man denselben in der Gegend der Eintrittsöffnung anlegt, oder aber weiter entfernt am Hornhautrande die vordere Augenkammer durch Schnitt eröffnet und den Fremdkörper von hinten her mit der Pincette holt. Handelt es sich um Eisen- und Stahlsplitter, so wird gewiss jeder zunächst den Electromagneten versuchen. Ein jeder Praktiker weiss aber, dass der Electromagnet zuweilen versagt. Dieses ist besonders dann der Fall, wenn der Wundkanal in der Hornhaut bereits verklebte, also festes Gewebe zwischen Fremdkörper und dem Magneten liegt. In diesem Falle muss ebenfalls zunächst zum Messer gegriffen werden, um dem Magneten zum Eisensplitter den Zugang zu schaffen. Ganz ebenso ungünstig liegen die Verhältnisse, wenn es sich um metallische Fremdkörper handelt, die der Magnet nicht anzieht. Abgesehen von der Natur des Fremdkörpers, ob Mineral, Metall oder Vegetabilia, ist ein Operiren vermittelst Schnitt an Augen mit Fremdkörpern in gedachter Lage stets sehr misslich. Ist die vordere Augenkammer in Folge der Verletzung theilweise oder ganz aufgehoben, so ist ein Schnitt, der uns an den Fremdkörper heranbringen soll aus technischen Gründen und wegen der Gefahr Regenbogenhaut und Linse zu verletzen stets schwierig anzulegen. Steht die vordere Augenkammer, so ist die Operation technisch leichter, man hat sich aber auf unangenehme Complicationen gefasst zu machen, welche durch Verlagerung des Fremdkörpers nach dem Abfluss des Kammerwassers eintreten können.

Es ist also durchaus wünschenswerth eine Methode zu haben, wie in gedachten Verletzungsfällen an den Fremdkörper heranzukommen ist, ohne dass es nothwendig wird vorher das Messer anzuwenden. Auf Grundlage praktischer Erfahrungen empfiehlt Germann die Anwendung der Glühschlinge, um dieses zu erreichen.

Fall I. Steinmetz. Granitsplitter. Taschenförmige Wunde in der Hornhaut. Der Splitter sitzt dicht über der Descemetii. Versuch den Splitter durch den Wundkanal herauszuhebeln misslingt. Germann nimmt die Glühschlinge, brennt über dem Splitter bis auf denselben einen genügend grossen Krater aus und hebelt den Granitsplitter alsdann leicht heraus. Gute Heilung in einigen Tagen. Kleines scharf begrenztes Leucom.

Fall 2 Eisensplitter. In der Hornhaut schräg verlaufender langer Wundkanal Splitter in der Descemetii fixirt, pendelt frei in der vorderen Augenkammer. Der Electromagnet ist nicht im Stande den Splitter anzuziehen. Mit der Glühschlinge wird direct auf den Splitter eingebrannt, und wurde letzterer dann leicht mit dem Magneten entfernt; — hätte jetzt auch mit der Pincette geholt werden können. Die vordere Augenkammer entleerte sich dabei nur theilweise. In wenig Tagen gute Heilung. Kleines scharf abgegrenztes Leucom. Sehschärfe $^{6}/_{10}$. Der Patient wird vorgestellt.

In gleicher Weise und mit gleich gutem Erfolge hat Germann noch 4 Eisensplitter und einen mineralischen Körper entfernt. Auf seine Empfehlung haben auch die Collegen v. Schroeder und Blessig im Augenhospital diese Methode geübt und sind mit derselben zufrieden gewesen. Den Fachgenossen verspricht Germann eine ausführlichere Mittheilung im nächsten Hefte der «Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt».

Als besondere Vorzüge dieser Methode hebt Germann zum Schluss seines Vortrages hervor.

1) Die Methode ist bei jeder Art Fremdkörper, sowie auch bei aufgehobener vorderen Augenkammer leicht ausführbar und ungleich weniger eingreifend als eine Schnittoperation.

2) Gleichzeitig wird durch die Anwendung der Glühschlinge eine absolute Sterilisirung des Wundkanals in der Hornhaut erzielt und in Folge dessen schnellere Heilung.

3) Dürfte in den meisten Fällen die Glühschlinge geringere Narben und besseres Sehvermögen hinterlassen als eine Operation durch Schnitt.

Herr Masing. Falls der Fremdkörper aus Holzmasse besteht, dürfte die Glühschlinge da nicht denselben einfach verbrennen?

Herr Germann. In solchem Falle würde ich den Splitter kranzförmig umbrennen und zweifele nicht daran, dass es mir gelingen würde, es so zu gestalten, dass ich ihn dann mit der Pincette fassen könnte. Da ein Holztheil durch das Kammerwasser zudem durchtränkt sein kann, ist die zerstörende Wirkung der Hitze, bei Vorsicht, weniger zu fürchten.

2. Herr Germann stellt ferner einen 26-jährigen Patienten vor, dem auf dem linken Auge wegen hochgradigster Kurzsichtigkeit (22 D) die Linse entfernt wurde. Das rechte Auge ist vor längerer Zeit vorbereitend iridectomirt worden und vor 4 Tagen wurde die vordere Linsenkapsel des rechten Auges eingeschnitten. Die Trübung der Linse ist in vollem Gange, ohne Complication. Der Patient bietet somit Gelegenheit die einzelnen Phasen dieser verantwortungsvollen Operation zu beobachten. Das linke Auge konnte ohne Correctur-Finger in $1^{1}/_{4}$ Meter zählen; mit -22 D war die Sehschärfe $< ^{1}/_{10}$. Jetzt sieht das Auge ohne jede Correctur $^{1}/_{10}$. Gläser heben die Sehschärfe nicht. Am Augenhintergrunde finden sich ausgebreitete Pigmentdegenerationen. Patient ist zur Zeit mit dem erzielten Erfolge äusserst zufrieden und sagt er fühle sich wie neugeboren. Die Sehschärfe des rechten noch zu extrahirenden Auges war mit -22 D $> ^{1}/_{10}$. Wie die Berichte aus Deutschland und Frankreich zeigen, gewinnt die operative Behandlung der hohen Kurzsichtigkeit immer mehr an Boden, und liegen auch recht zahlreiche günstige Erfahrungen für das Kindesalter — bis zu 12 Jahren — vor. Die Operation früh zu machen hat Vortheile, da man dann oft die Iridectomie umgehen kann. Den Eltern eines 12 Dioptrien und mehr kurzsichtigen Kindes (bis zu 12 Jahren) würde Germann die Operation vorschlagen und in jedem Falle versuchen ohne Iridectomie auszukommen. Was über 20 Jahre hinaus ist, will Germann aus Vorsicht stets vorbereitend iridectomiren. Bei der heutigen sicheren Handhabung der Aseptik und Antiseptik hält Germann die Operation auch nicht für zu gewagt. Es wäre wünschenswerth die weiteren Kreise der Collegen, durch Vorstellung aller wegen Kurzsichtigkeit Operirten, von der Nützlichkeit und Gefahrlosigkeit der Operation zu überzeugen. Es würde sich dann gewiss so mancher hochgradig Kurzsichtige zur Operation melden, der jetzt der Sache kein Vertrauen entgegenbringt.

Herr Tiling fragt, wie es mit der Accomodationsfähigkeit der Operirten stehe.

Herr Germann: Die Entfernung der Linse aus einem kurzsichtigen Auge ist schliesslich einer gewöhnlichen Cataractextraction gleichwerthig. Ein Staaroperirter wird durch seine Nah-Brille nur für eine bestimmte Distance gut corrigirt; die Accomodation geht ganz verloren.

3. Herr W. Beckmann spricht über die Aethernarkose. Da der Ausgang operativer Eingriffe zum Theil auch von der Narkose abhängig ist, sind die Bestrebungen der Operateure dahin gerichtet ein möglichst wenig gefährliches und unschädliches Betäubungsmittel anzuwenden. Die weit verbreitete Chloroformnarkose ist nicht ungefährlich. Der classische Chloroformtod in der Synkope kommt trotz aller Verbesserungsvorschläge, welche die Methode der Chloroformdarreichung betreffen, und auch trotz der Anwendung besonders reiner Chloroformpräparate selbst bei geübten Chloroformatoren vor. Ein weiterer Nachtheil der Chloroformnarkose besteht in der Wirkung des Chloroforms auf den Blutdruck und die Herzthätigkeit. Beide werden herabgesetzt. In neuerer Zeit beginnt man, unzufrieden mit dem Chloroform, sich der Aethernarkose zuzuwenden. Dank der Sammelforschung Gurlts steigert sich das Interesse für die Aethernarkose zusehends. Von statistischen Daten wird erwähnt, dass im Hotel Dieu in Lyon auf 40.000 Aethernarkosen kein Todesfall vorkam. Nach Gurlt's Statistik kommt ein Todesfall auf 2647 Chloroformnarkosen und 13160 Aethernarkosen. Comte rechnet 1 Todesfall auf 2733 Chloroformnarkosen und 23,804 Aethernarkosen. In Deutschland vermehrt sich die Zahl der Freunde des Aethers beständig, in Russland haben bis jetzt nur wenige Aerzte Aethernarkosen angewandt. In der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals werden seit dem Juli mit der Aethernarkose Versuche gemacht, über welche der Vortragende berichtet. Thierversuche haben ergeben, dass bei langdauernder Aetherinhalation das Respirationscentrum stets vor dem Circulationscentrum gelähmt wird. Juillard führt 2 Patienten an, bei denen die Respiration 13 resp. 15 Minuten



nicht vorhanden war, während das Herz weiter arbeitete. Beide Pat. konnten gerettet werden. Auf den Blutdruck wirkt der Aether nicht herabsetzend, sondern er steigert denselben. Der Puls wird während der Narkose langsamer und voller. Albuminurie wird nach Aethernarkosen seltener beobachtet als nach Chloroformnarkosen. Nach Wunderlich kommt dieselbe nach letzteren in 11.5 pCt. der Fälle, nach ersteren in 6,9 pCt. vor. Die Aethernarkose wird in zweierlei Weise eingeleitet. 1) durch Inhalation sehr concentrirter Aetherdämpfe bei möglichst geringem Luftzutritt — asphyxirende oder Genfer Methode. 2) durch Inhalation nicht concentrirter Dämpfe bei reichlichem Luftzutritt — berauschende Methode. Bei der asphyctischen Methode schläft der Pat. schnell ein, doch treten dabei sehr bedrohlich erscheinende Symptome von Asphyxie auf: Cyanose, Trachealrasseln. Muskelkrämpfe etc. Diese Methode ist von Vortragendem nicht angewandt worden, die Erscheinungen werden daher nach der Beschreibung der Autoren (Garré, Fueter) kurz erwähnt. Die Erfahrungen, welche B. mit der berauschenden Methode gemacht hat sprechen durchaus zu Gunsten derselben. Angewandt wurde eine Juillard'sche Maske in verkleinertem Maasstabe, welche die Augen frei lässt. Auf die Maske werden zunächst ca. 20,0—25,0 Aether sulf. absol. (specif. Gewicht 0.72) gegossen, und wird die Maske in einiger Entfernung vom Gesicht des Pat. gehalten Erst wenn der Pat. die Inhalation der Aetherdämpfe tolerirt und keine Abwehrbewegungen macht, wird der Luftzutritt verringert und die Concentration der Aetherdämpfe durch Nachgiessen verstärkt. Ein eigentliches Excitationsstadium wurde nur bei wenigen Patienten beobachtet, am häufigsten noch bei ängstlichen oder nervösen Personen. Ein gewaltsames Festhalten des Pat. war kein mal erforderlich. Meist schliefen die Kranken im Durchschnitt nach 15 Minuten ruhig ein. Puls und Resp. sind während des Beginnes der Narkose beschleunigt, nach Eintritt tiefen Schlafes eher verlangsamt. Der Puls ist stets kräftig und voll, ein Kleinerwerden desselben wurde nicht beobachtet. Speichelfluss kam nur bei einem Theil der Kranken vor. Cyanose bei vereinzelten Kranken (in Trendelenburg'scher Lagerung), Trachealrasseln wurde kein mal bemerkt. Röthung der Wangen, auch erythematöse Flecke auf Hals und Gesicht, sowie Schweissaustritt daselbst tritt hin und wieder auf. Das Verhalten der Pupillen ist wie bei der Chloroformnarkose. Eine ungenügende Erschlaffung der Muskeln, wie von einigen Autoren angegeben wird, kam nicht zur Beobachtung. Bis zum Eintritt der Narkose waren 50,0—140,0 Aether nothwendig, im Durchschnitt 80,0 selten über 100,0. Zum Unterhalten der Narkose braucht man verhältnissmässig wenig Aether von Zeit zu Zeit nachzugiessen. Die grösste verbrauchte Aethermenge bei einer 3-stündigen Fistulorrhaphie betrug 320,0. Für eine Narkose von der Dauer einer Stunde berechnet B. 150,0. Das Befinden der Pat. nach der Narkose war besser als nach der Chloroformnarkose. Erbrechen trat in einem Drittel der Fälle auf, dasselbe war niemals hartnäckig. Albuminurie wurde kein mal beobachtet, einige Pat. hatten leichtes Hüsteln am Tage der Operation. Die Zahl der beobachteten Aethernarkosen beträgt jetzt 60. Als Contraindicationen wird die Explosionsgefahr für das Operiren mit dem Pacquelin in der Nähe der Maske angeführt, ferner Lungenaffectionen wegen der Gefahr möglicherweise entstehender schwerer Bronchitiden oder Pneumonien und Arteriosklerose, bei welcher in Folge der Blutdrucksteigerung an Apoplexien gedacht werden muss. Zum Schluss erwähnt Vortragender noch die Möglichkeit des Eintritts von toxischem Lungenoedem, auf welches Poppert aufmerksam gemacht hat. Mit der Poppert'schen Kritik der Gurlt'schen Narkosestatistik erklärt sich B. nicht einverstanden, da die Deutung der Ursachen spät eintretenden Todes nach schweren Operationen nicht leicht ist. Der subjective Eindruck, den Vortragender von der Aethernarkose bekommen hat, ist durchaus günstig, weswegen er dieselbe zur Nachprüfung empfiehlt.

Herr Tiling: Die Narkosenfrage ist für jeden Operateur von grosser Bedeutung. Die Gefahren der Chloroformnarkose sind keinenfalls zu unterschätzen. Nachdem T. in einer 15jährigen operativen Thätigkeit keinen Fall von Chloroformtod erlebt hatte, kamen in einem Semester 2 Todesfälle während der Narkose vor. Seitdem sind weitere Todesfälle nicht beobachtet. Der Aether ist in der letzten Zeit von einer Reihe von Autoren in den Himmel gehoben. T. selbst hat die Aethernarkose während der letzten 1½ Jahre angewandt und zwar in den Fällen, wo es sich um Pat. mit schwachem Herzen handelte. Bei einer Pat. mit Fettherz, welche wegen einer Umbilicalhernie operirt wurde, trat Pneumonie und Tod am 5. Tage ein. Pneumonien kommen aber nach ähnlichen Operationen bei ruhiger Rückenlage und schwachem Herzen auch sonst nicht gar zu selten vor, daher die Aetiologie derselben nicht ganz sicher festzustellen ist. Immerhin besteht bei der Aethernarkose die Gefahr einer Pneumonie als Nachkrankheit. Auch das möglicherweise eintretende Lungenoedem muss in Betracht gezogen werden. Thierexperimente mit intravenösen Aetherinjectionen sprechen dafür, dass das Lungenoedem specifischer Natur ist. Endlich ist noch ein Fall von Aethertod durch Herzparalyse, den Bardeleben beobachtet hat, geeignet den allzugrossen Enthusiasmus für die Aethernarkose abzuschwächen. Bei der langsamen Methode des Aetherisirens bekommt man geradezu ideale Narkosen. Cyanose oder Rasseln kommt dabei nicht zur Beobachtung. Die Erstickungsmethode hat Tiling nicht angewandt.

Herr Germann ist mit der Aethernarkose gleichfalls sehr zufrieden. Dieselbe ist ungefähr 20 Mal im Augenhospital angewandt worden. Auch bei Kindern scheint die Aethernarkose anwendbar zu sein. Die Narkose tritt schnell ein ohne wesentliches Excitationsstadium. Der Zustand der Pat. nach der Narkose ist ein vorzüglicher. Es sind fast gar keine subjective Erscheinungen von Unwohlsein vorhanden. Die Erstickungsmethode wurde nie angewandt, stets auch Luft zugelassen. Bei den Operationen am Auge braucht die Narkose meist nur von sehr kurzer Dauer zu sein. Der Patient athmet das Gas daher nicht so lange wie bei grossen Operationen.

Herr Dobbert hat bei Leopold in Dresden die Erstickungsmethode anwenden sehen. Dieselbe macht einen erschreckenden Eindruck. Lungenaffectionen kamen dort nicht selten vor. Während der Narkose ist die ganze Trachea voll Schleim, den die Pat. nicht expectoriren können, aus dem Munde fliesst Schaum, das Gesicht ist blauroth. Dobbert spricht sich gegen die Aethernarkose aus.

Herr Germann hat Cyanose oder Trachealrasseln nicht beobachtet. Beim langsamen Aetherisiren treten keine bedrohlichen Symptome auf.

Herr Beckmann betont nochmals, dass bei der berauschenden Methode keinerlei beunruhigende Erscheinungen auftreten. Die Aethernarkose gleicht vielmehr der Chloroformnarkose. Die Pat. athmen vollständig ruhig; schnarchende Geräusche können durch Vorschieben des Kiefers beseitigt werden. Die Gefahr eines Lungenoedems in Folge der Aethernarkose hält B. bis jetzt noch nicht als bewiesen. Dasselbe kommt nur sehr vereinzelt zur Beobachtung. Selbst Poppert kann es sich nicht erklären, warum die Lungenerscheinungen sich oft erst viele Stunden nach der Aethereinwirkung einstellen, und weiss auch nicht anzugeben, unter welchen Bedingungen dieselben sich im einzelnen Falle entwickeln. Pneumonien kommen auch nach Chloroformnarkosen vor, nicht nur wenn bei künstlicher Beleuchtung operirt wird, sondern auch nach Tagesnarkosen. Unter der Zahl seiner Aethernarkosen ist kein einziges Mal eine eigentliche Bronchitis aufgetreten. hin und wieder war nach der Narkose leichtes Hüsteln vorhanden.

Secretair: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Dem Moskauer Kliniker Prof. Dr. Sacharjin ist eine kostbare Tabatière mit dem Porträt des in Gott entschlafenen Kaisers Alexander III. Allerhöchst verliehen worden.

— Am 9. December d. J. vollenden sich 30 Jahre, seit der ordentliche Professor der Pharmacie und der Pharmakognosie Dr. G. Dragendorff, als academischer Lehrer und Director des pharmaceutischen Instituts an der Universität Jurjew (Dorpat) wirkt. Wie wir bereits früher berichtet, giebt derselbe am Schluss des laufenden Semesters seine Lehrthätigkeit auf und kehrt nach Deutschland zurück, wo er in seiner Heimathstadt Rostock seinen Wohnsitz nehmen wird Mit Prof. Dragendorff verliert die baltische Hochschule wiederum eine von den hervorragenden Lehrkräften und wissenschaftlichen Capacitäten, welche zu dem Ruhme der alten Dorpater Universität so viel beigetragen haben.

— Wie mehrere Tagesblätter erfahren, beabsichtigt Geheimrath Dr. Joseph Bertenson vom Amt des Regierungscommissars der kaukasischen Bäder zurückzutreten.

— Der Stadtarzt von Berditschew, Dr. G. W. Linowski, ist mit grosser Stimmenmehrheit zum Stadthaupt der genannten Stadt erwählt worden.

— Vor Kurzem beging der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin bekannte Professor der Wiener Universität, Dr. Eduard Hofmann, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Am 11. November vollenden sich 30 Jahre der Lehrthätigkeit des Professors der gerichtlichen Medicin an der Kasanschen Universität, Dr. J. M. Gwosdew. Die Gesellschaft der Aerzte bei der Kasanschen Universität, zu deren ältesten Mitgliedern G. gehört, hat ihn aus diesem Anlass zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft gewählt.

— Aus dem Rechenschaftsbericht der Gesellschaft der Aerzte bei der Kasanschen Universität für das Jahr 1893/94 geht hervor, dass die Gesellschaft im Berichtsjahre 10 Sitzungen abgehalten hat, in denen 25 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht und 3 grössere Vorträge gehalten wurden. Die Zahl der Mitglieder betrug 181 und zwar: 11 Ehrenmitglieder, 165 wirkliche Mitglieder (darunter 62 auswärtige) und 5 Theilnehmer. Von den 103 städtischen Mitgliedern



haben aber nur 48 und von den 62 auswärtigen Mitgliedern nur 14 ihren Mitgliedsbeitrag bezahlt. In den Vorstand für das Jahr 1894/95 wurden gewählt: als Präsident — Prof. Kapustin, als Vicepräsident — Prof. Darkschewitsch, als Bibliothekare — die DDr. Kasanski und Neboljubow und als Secretär – Dr. Jordanski.

— Der militär-medicinischen Academie sind gegenwärtig weit über 100 Militärärzte zur weiteren Vervollkommnung von der Ober-Militär-Medicinalverwaltung zucommandirt.

— Upsala. Graf Karl Thore Dr. Hörner ist zum a. o. Professor der medicinischen und physiologischen Chemie ernannt worden.

— Der Docent Dr. Joh. Aug. Hammar ist zum ausserordentlichen Professor der Anatomie ernannt worden.

— Kopenhagen. Der Titulärprofessor der Medicin, Dr. Adolf Hannover ist gestorben.

— Ernannt: der Professor der Anatomie an der militär medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Tarenezki — zum Docenten der Anatomie an der Kais. Academie der Künste mit Belassung im Amte an der mil.-med. Academie. Der Oberarzt der Festungsartillerie in Kertsch Coll.-Rath Kosmin — zum Oberarzt des Militär-Halbhospitals in Chabarowsk.

— Enthoben auf seine Bitte: der Arzt der 15. Cavallerie-Division, wirkl. Staatsrath Schilling — vom Amte als Arzt beim Hofe des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch.

— Verstorben: 1) Am 8. October im Gouv. Kursk der Landschaftsarzt des Nowyoskol'schen Kreises P. J. Nadein an der Lungenschwindsucht im 34. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus in Kiew im Jahre 1890 wurde N. Stadtarzt in Nowy Oskol, ging aber bald zum Landschaftsdienst im selben Kreise über, wo er sich als Arzt allgemeine Liebe erwarb. Im Jahre 1892 machte er einen schweren Flecktyphus durch, der das Lungenleiden im Gefolge hatte, welches nach mehrfachen Blutstürzen seinem Leben ein Ziel setzte. Der Hingeschiedene hat seine Frau mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. Die Landschaft hat in hochherziger Weise der Wittwe eine einmalige Unterstützung im Betrage von 500 Rbl. zukommen lassen. 2) In Moskau der emeritirte Stabsarzt W. M. Prytkow im 83. Lebensjahre. 3) In Dubossary (Gouv. Chersson) der Stadtarzt A. J. Wdowikowski. Der Verstorbene war ein Schüler der Kiewer Universität, an welcher er im Jahre 1852 den Arztgrad erlangte. Während des Krimkrieges war W. Ordinator an einem Militärhospital in Chersson darauf Stadtarzt in Ananjew und von 1860 an in Dobossary. Obschon er als beliebter Arzt sich einer ausgebreiteten Praxis erfreute, so hat er mit seiner Familie doch stets Mangel gelitten. (Wr.)

— Prof. Leyden hat auf seiner Rückreise von Livadia nach Berlin über Odessa am evangelischen Hospital in letzterer Stadt einen Besuch abgestattet.

— Wie neuerdings verlautet, soll der Vorsteher der Section für Augenkrankheiten an der Wiener allgemeinen Poliklinik Prof. Ritter v. Reuss, mit der interimistischen Leitung der vormals von Stellwag'schen ersten Universitäts-Augenklinik betraut worden.

— Prof. Behring, welcher gegenwärtig stellvertretend bis zur Uebersiedelung Prof. Karl Fränkel's das hygienische Institut in Halle leitet, wird wahrscheinlich zu Ostern auf den Lehrstuhl der Hygiene an der Universität Marburg berufen worden. (Allg. med. C. Ztg.)

— Von der militär-medicin. Academie ist ein Concurs zur Besetzung des neu creirten Lehrstuhls für Infectionskrankheiten und Bacteriologie an der Academie ausgeschrieben worden. Als Endtermin der Meldung ist der 10. December d. J. festgesetzt.

— In dem Process des Professors Jäger (Stuttgart) wider den Redacteur des «Wratsch», Prof. Manassein hat der St. Petersburger Gerichtshof als Appellationsinstanz das freisprechende Urtheil des Bezirksgerichts bezüglich Prof. Manasseins bestätigt.

— Am 16. (28.) October fand in Lyon die Enthüllung des Denkmals für den berühmten im Jahre 1878 verstorbenen französischen Physiologen, Claude Bernard im Hofe der medicinischen Facultät statt. Der grosse Forscher ist in seiner Laboratoriumskleidung und tief in Gedanken versunken, dargestellt. In Paris ist schon früher vor dem Collège de France an welchem Cl. Bernard als Professor wirkte, eine Statue desselben aufgestellt.

— Vom Jahre 1895 ab erscheint im Verlage von S. Karger-Berlin «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie» herausgegeben von Prof. A. Martin in Berlin und Prof. M. Sänger in Leipzig. Die Monatsschrift erscheint im Umfange von 4-6 Bogen mit Abbildungen im Text und farbigen Tafeln zum Preise von M. 30 pro Jahr. Dieselbe bringt ausser Originalabhandlungen kritisch zusammengefasste Referate.

— Der neugegründete Verein zur Verpflegung der Epileptiker und Idioten in Livland beabsichtigt in nächster Zeit Pflegestätten für die zahlreichen Epileptiker und Idioten dieser Provinz zu eröffnen und fordert daher zum Eintritt in den genannten Verein und zur Förderung der Zwecke desselben durch Beiträge auf. Die livländische Ritter — und Landschaft hat ihre Unterstützung durch eine Jahressubvention von 2000 Rbl. zugesichert, ausserdem ist eine Privatspende von 1000 Rbl. dargebracht worden. Die Mitgliedsbeiträge sind nach den Vereinsstatuten entweder einmalige von mindestens 50 Rbl. oder fortlaufende im Jahresbeitrage von mindestens 1 Rbl. Die Ostseeprovinzen besitzen bis jetzt nur zwei Idioten-Anstalten, die Platz'sche heilpädagogische Pension in Riga und das Asyl «Tabor» bei Mitau. In Livland allein sind aber nach der «Düna-Ztg.» über 4000 Geisteskranke (darunter 55 pCt. Irre) ohne Verpflegung, ohne verständnissvolle Fürsorge und Anleitung zur Beschäftigung!

— Wie die Zeitschrift «Schisn i Iskustwo» erfährt, beabsichtigen mehrere Aerzte in Kiew in einem Walde in der Nähe der Stadt ein Sanatorium für Schwindsüchtige einzurichten. (Wr.)

— Die Sanitätsbehörde von New-York hat angeordnet, dass bei den Häusern, in welchen irgend eine ansteckende Krankheit aufgetreten ist, Laternen ausgehängt werden, und zwar weisse Laternen bei Diphtherie, rothe bei Scharlach und blaue bei Masern. (Boston med. Journ. — Wr.)

— Da das Hospital für Geisteskranke «Nicolai Tschudotworez», welches eigentlich für 300 Kranke berechnet ist, mehr als die doppelte Anzahl Kranker beherbergt, so ist beschlossen worden, 70 Geisteskranke in die Krankenbaracken von Katharinenhof überzuführen und die dort befindlichen chronischen Kranken in den städtischen Hospitälern unterzubringen.

— Die Choleraepidemie in Russland weist eine stetige Abnahme auf. Nur in Podolien herrscht sie noch ungeschwächt fort: vom 16.—22. October sind dort 539 Erkrankungen und 230 Todesfälle an der Cholera vorgekommen. Nächstdem wird noch aus dem Gouvernement Archangel eine grössere Zahl von Erkrankungen gemeldet (vom 2.–15. Oct. 208 Erkr. und 64 Todesf.) In den übrigen Gouvernements, welche von der Seuche noch heimgesucht sind, nimmt sie rapide ab, und in einigen, wie Samara, Saratow, Tambow, Tschernigow, Jaroslaw, Baku darf man ein baldiges Erlöschen derselben erwarten.

In Deutschland sind in der Woche vom 10. (22.) bis 17. (29.) October einzelne Cholerafälle im Weichselgebiet und in Oberschlesien vorgekommen.

In Oesterreich herrscht die Seuche recht stark in Galizien, wo vom 3. (15.) bis 9. (21.) Oct. 587 Erkrankungen und 342 Todesfälle festgestellt wurden.

Aus Belgien und in Holland werden nur vereinzelte Cholerafälle gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. October d. J. 6144 (222 mehr als in der Vorwoche), darunter 164 Typhus — (19 mehr), 910 Syphilis — (26 mehr), 125 Scharlach — (6 mehr), 27 Diphtherie — (4 mehr), 14 Masern — (8 wenig.), und 17 Pockenkranke (4 mehr).

Vacanzen.

Landschaftsarztstelle im Kreise Semenow (Gouv. Nishni-Nowgorod). Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Wohnsitz in einem kleinen Kirchdorfe, 40 Werst von der Kreisstadt entfernt. Adresse: «Семеновская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 29. October 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
242	201	443	96	33	71	15	7	12	41	49	23	32	37	17	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 18, Diphtherie 16, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und



Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 30, Todtgeborene 32.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. November. Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. November.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Дозв. ценз. Спб. 5 Ноября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

Beilage zur «St. Petersburger medicin. Wochenschrift» Nr. 41, 1894.

Klinische Diagnose der Krankheit, welcher Seine Majestät der Kaiser Alexander III. erlegen ist:

Chronische interstitielle Nephritis, consecutive Affection des Herzens und der Gefässe, hämorrhagischer Infarct der linken Lunge und reactive Entzündung in der linken Lunge.

Unterschrieben am 21. October 1894 von den Professoren Leyden und Sacharjin, dem Ehren-Leibchirurgen Hirsch, dem Professor Popow und dem Ehren-Leibchirurgen Weljaminow.

Contrasignirt vom Minister des Kaiserlichen Hofes, Grafen Woronzow-Daschkow.

Protokoll über die Obduction der Leiche des in Gott ruhenden Kaisers Alexander III.

Eintausend achthundert und vierundneunzig, am 22. October, um 7½ Uhr Abends, haben wir Endesunterzeichnete bei der Einbalsamirung der Leiche des in Gott entschlafenen Kaisers Alexander III. folgende pathologisch-anatomische Veränderungen gefunden:

Bedeutendes Oedem des Unterhautzellgewebes der unteren Extremitäten und fleckige Röthe am linken Unterschenkel. — In der linken Brusthöhle 200 Cubik-Cm. seröser Flüssigkeit von rother Färbung. In der rechten Brusthöhle 50 Cubik Cm. der gleichen Flüssigkeit. — Eine alte fibröse Narbe in der Spitze der rechten Lunge. Oedem der rechten Lunge. — In der linken Lunge Oedem des oberen Lappens und ein hämorrhagischer Infarct im unteren Lappen, wobei letzterer sehr blutreich und sehr wenig lufthaltig ist. Der hämorrhagische Infarct befidet sich am oberen Rande des unteren Lappens der linken Lunge und hat auf dem Durchschnitt dreieckige Gestalt von 1½ Cm. Länge und 1 Cm. Breite. — Im Herzbeutel 30 Cubik-Cm. röthlicher seröser Flüssigkeit. — Das Herz ist bedeutend vergrössert, der Längsdurchmesser beträgt 17 Cm., der Querdurchmesser 18 Cm. Im subserösen Zellgewebe des Herzens eine grosse Menge Fettgewebe (lipomatosis cordis); das Herz ist schwach contrahirt. Die linke Herzkammer ist erweitert und ihre Wandung verdickt (2½ Cm.), der Muskel der linken Herzkammer blass, welk, von gelblicher Färbung (degeneratio adiposa myocardii). Die Wandung der rechten Herzkammer ist verdünnt (6 Mm) und von eben solcher gelblichen Färbung, der Klappen-Apparat vollständig normal. — In der Unterleibshöhle ungefähr 200 Cubikcentimeter seröser Flüssigkeit. — Im Magen und Darm-Kanal eine grosse Menge Gase. — Die Leber ein wenig vergrössert, sehr blutreich. — Die Nieren haben folgende Maasse: die linke — 16 Cm. Länge, 7 Cm. Breite und 4 Cm. Dicke, die rechte — 15 Cm. Länge, 6½ Cm. Breite und 4 Cm. Dicke. — Die Nieren-Kapsel von normaler Dicke; lässt sich leicht ablösen. Die Aussenflächen der Nieren feinkörnig, dunkelroth; die Consistenz der Nieren unbedeutend. Die Rindensubstanz der Nieren verschmälert (6—7 Mm.) und gelblich, die Marksubstanz dunkelroth (Nephritis interstitialis cum atrophia substantiae corticalis renum granulosa). Ausserdem in der linken Niere eine seröse Cyste von 3 Millimetern im Durchmesser. Auf Grund dieses Befundes erachten wir, dass der Kaiser Alexander Alexandrowitsch an einer Herzlähmung gestorben ist, infolge einer Degeneration des hypertrophischen Herzmuskels und interstitieller Nephritis (granulärer Atrophie der Nieren).

Unterzeichnet: Professor emeritus und ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an der Kaiserlichen Universität Moskau, Wirkl. Staatsrath J. F. Klein. Professor emeritus und ordentlicher Professor der normalen Anatomie an derselben Universität, Wirkl. Staatsrath D. N. Sernow. Ordentlicher Professor der normalen Anatomie an der Kaiserlichen Universität Charkow, Staatsrath M. A. Popow. Prosector an der Kaiserlichen Universität Moskau, Collegienrath N. W. Altuchow. Prosector an der Kaiserlichen Universität Charkow, Hofrath Beloussow.

Contrasignirt: Minister des Kaiserlichen Hofes, Graf Woronzow-Daschkow.

(Cf. «Правительственный Вѣстникъ» № 236, vom 28. October 1894 und «St. Petersb. Ztg.» vom 29. Oct. 1894).



Дозволено цензурою Спб. 5 Ноября 1894 г. Buchdruckerei von A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezü. ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 12. (24.) November 1894

Berichtigung: In der Arbeit des Herrn J. Sadikoff in № 43 dieses Blattes, pag. 383, Zeile 19 von oben muss es statt Vaccination — Revaccination heissen.

Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen.

Von

Dr. med. Fritz Berg.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Livl. Aerztetag in Wolmar, den 6. September 1894.

M. H.! Wenn ich es versuche, Ihnen in Kürze zu referiren über «die Syphilis in ihren Beziehungen zu den Knochen- und Gelenkerkrankungen», so bin ich mir wohl bewusst Ihnen nichts Erschöpfendes und Vollständiges zu bieten; ist es mir doch nicht möglich gewesen, während einer stark besetzten praktischen Thätigkeit umfangreiche Literaturstudien zu machen. Ich habe geglaubt nicht fehl zu gehen, wenn ich Ihnen aus eigenen Anschauungen und Beobachtungen referire, und diese verificire und vervollständige nach den neuesten Referaten und Discussionen medicinischer Gesellschaften, wie sie sich zerstreut in deren Sitzungsberichten niedergelegt finden.

Knochenerkrankungen kommen in dem Frühstadium der Syphilis, bei der recenten Form, nicht vor und sind die Schmerzen und das Reissen in den Knochen, wie sie, wenn auch selten, von den Kranken angegeben werden bei Ausbruch des maculösen, häufiger bei dem papulösen Exanthem, nicht Erkrankungen der Knochen sui generis, sondern rheumatoider und auch wohl neuralgischer Natur, verbunden mit beträchtlicher Störung des Allgemeinbefindens, wie Schmerzen, gestörter Schlaf und fieberhafte Erscheinungen. In wenigen Tagen meist ist mit dem vollständigen Ausbruch des Exanthems Fieber und Schmerz geschwunden. In dem gummösen Stadium, und bei der tardiven Form treten die Knochenerkrankungen in die Erscheinung, bei erworbener und bei hereditärer Syphilis. Diejenige Form der Knochenerkrankung, die in verhältnissmässig frühem Stadium zur Beobachtung kommt und unser therapeutisches Handeln erheischt, ist die Knochennekrose in Mund und Nase. Ich habe sie mehrfach, auch noch in allerletzter Zeit, bereits im 2. Jahre der Erkrankung zu behandeln Gelegenheit gehabt. Am frühesten und wohl auch am häufigsten erkrankt die Nasenscheidewand, demnächst die Muscheln, der Vomer, Theile des Oberkiefers, das knöcherne Gerüst der Nase. Von den Patienten sehr häufig nicht bemerkt, stellt sich auf der Nasenscheidewand die Ulceration ein, als rundes erbsen- oder haselnussgrosses Geschwür, das um sich greifend die deckenden Weichtheile des Septum zerstört: der dünne Knochen liegt blos und nekrotisirt. Zu nicht geringem Erstaunen der Pat. gelangt man mit der Sonde durch das Loch aus einer Nasenhöhle in die andere, findet auch häufig das Loch bereits benarbt. Ob es hier bereits das zerfallende Gumma ist, das zur Ulceration führt, oder ein ähnlicher destruirender Process, abhängig von specifischen Erkrankungen kleiner und kleinster Gefässe, — das mit Sicherheit zu entscheiden überlasse ich dem sach- und fachkundigen pathologischen Anatomen; für meine Aufgabe erachte ich es, Ihnen hier das klinische Bild zu schildern und das Handeln vom Standpunkte des Praktikers anzugeben. Bei ausgiebigerer Nekrose in der Nasenhöhle und auf dem Boden derselben, fehlt nicht der oft intensive Kopfschmerz, Unwegsamkeit der Nase, und stinkender blutig schleimig eitriger Ausfluss lässt die Diagnose der syphilitischen Ozaena nicht schwer werden. Dass bei solchen ausgiebigen Nekrosen mit profuser Eiterung hochgradige Störungen des Allgemeinbefindens mit Fieber einhergehen, sah ich noch vor wenigen Wochen bei einem 35-jährigen Manne, 2 Jahre nach der Infection, der stark heruntergekommen mit abendlichem Fieber in meine Behandlung trat. Einen Theil der nekrot. Knochenpartien hatte ihm ein Rigaer College gelöffelt, als es jedoch endlich gelang das ganze nekrotische Septum, die rechts gelegenen Muscheln und ein grosses Knochenstück vom Boden der Nasenhöhle zu entfernen, nach dessen Fortnahme sich der spaltförmige ca. 2 Cm. lange Defect im harten Gaumen präsentirte, schwanden wie mit einem Schlage der scheussliche Gestank und das Fieber. Nach kurzer Erholungszeit konnte dann die specifische Behandlung einsetzen, die gut

vertragen wurde und Pat. der Heilung entgegenführte; ein praktischer Beleg dafür, dass immer die Localbehandlung exact und sachgemäss ausgeführt werden soll und mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand zu gehen hat. Wie man aber auch andererseits sich abwartend zu verhalten hat, ehe man grössere chirurgische Eingriffe zur Entfernung grösserer nekrotisirender Knochen macht, lehrte mich ein Fall, in dem ein Feldscher, der sich bei der Section einer syphilitischen Leiche inficirte, ausser dem Verlust des Septum und einem grossen Defect im harten Gaumen scheinbar Totalnekrose des ganzen rechten Oberkiefers bekam. Es bildeten sich secernirende Fisteln am rechten inneren Augenwinkel, dem unteren Augenhöhlenrand, am rechten Proc. alveolaris, und schien der ganze rechte Oberkiefer in seinen Verbindungen gelockert. Der Process, der sich durch mehrere Jahre hinzog, den Pat. physisch und moralisch stark herunterbrachte und trotz vielfacher Jod- und Hg-Kuren absolut nicht ausheilen wollte, veranlasste ihn mehrfach, mich um die Ausführung der Oberkieferresection an ihm zu bitten. Ich glaubte diese seine Bitte abschlagen zu müssen, weil mir der Knochen noch nicht genügend demarkirt erschien und resecirte ihn nicht — ich bedaure es auch heute nicht, denn im Laufe der Zeit ist dennoch nach Abstossung mehrfacher grösserer und kleinerer nekrot. Knochenstücke Alles ausgeheilt ohne eingreifende verstümmelnde Operation, einige kleine Narben am rechten inneren Augenwinkel und am Os zygomaticum und ein haselnussgrosser Defect am harten Gaumen, welcher durch eine Platte gedeckt wird, erinnern an das überstandene schwere Leiden. Nächst diesen häufigsten Knochenerkrankungen kommen solche fast an allen Knochen des Skelets vor: am Kopf, der Clavicula, dem Sternum, den Rippen, Humerus, Ulna, Radius, den Phalangen als Dactylitis ossea, der Tibia, seltener der Fibula und an der Wirbelsäule. An den flachen Schädelknochen, dem Stirnbein und den Scheitelbeinen am häufigsten, seltener am Hinterhauptbein treten sie uns als schmerzhafte diffuse Auftreibung, als Periostitis entgegen, namentlich gerne an solchen Stellen, welche ein Trauma traf, und weichen sie unschwer der specifischen Behandlung. War diese genügend energisch und genügend ausgiebig, so schwinden sie vollständig und ist meist nach Jahr und Tag nichts mehr von der früheren schmerzhaften Anschwellung zu entdecken; nur selten bleibt eine leichte Verdickung permanent. Wie an den Schädelknochen, so läuft auch derselbe Process ab an: Sternum, Clavicula, Beckenknochen, Ulna, am häufigsten an der Vorderfläche der Tibia. Anders ist es jedoch, wenn es zur Bildung des Gumma gekommen ist, an den Röhrenknochen sowohl wie an den flachen Knochen. Periostitis, Ostitis, Osteomyelitis syphilitica spielen sich hinter einander ab, oder sind wohl auch zu gleicher Zeit vorhanden und führen zu condensirender Ostitis und Periostosen, oder es kommt zum Zerfall des Gumma und Einschmelzung des Knochens. Das jahrelange Bestehen dieser schleichenden Processe führt zu bleibenden Auftreibungen an den flachen Knochen, zu voluminösen Verdickungen an den Röhrenknochen, an den Tibien zu der für die Syphilis hereditaria tarda typischen «Säbelklingenform». Die Localisation dieser tertiär-syphilit. Krankheitsproducte in den langen Röhrenknochen erzeugt eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit derselben gegen mechanische Einwirkungen und schützt ihrerseits die pathologische Verdickung und Volumzunahme des Knochens diesen vor dem Zerbrechen, — ein natürlicher Reparationsprocess. Meist kommen diese Processe, die ich als Osteomyelitis gummosa glaube bezeichnen zu müssen, multipel vor und bilden bei der Syphilis hereditaria tarda mit ihren Schmerzen, der gestörten Nachtruhe, eine Quelle jahrelanger Leiden. Sie treten in den ersten Lebensjahren bereits auf und erstrecken sich bis in die Pubertätsjahre, auch über diese hinaus, exacerbiren wohl auch gerade in denselben. Trotz der Schwere und der langen Dauer der Erscheinungen sind es immerhin glücklicherweise seltene Erkrankungen, welche der Therapie nicht unzugänglich sind. Chirurgische Eingriffe sind bei diesen Erkrankungen gewöhnlich nicht erforderlich, es sei denn, dass eine stark prominirende Osteophytenbildung am Stirnbein abgemeisselt werden muss, weil sie beim Tragen der Kopfbedeckung genirt oder aus kosmetischen Gründen entfernt werden soll, oder eine ähnliche an der Aussenseite der Ulna, resp. auf der Kante der Tibia bei der Beschäftigung stört und der wiederholten Verletzung ausgesetzt ist. Immerhin sind es Seltenheiten. Ich persönlich habe eine solche Abmeisselung bisher zu machen keine Gelegenheit gehabt, entsinne mich aber wohl in casuistischen Mittheilungen Referate darüber gefunden zu haben.

Zur Illustration des geschilderten Processes und der Möglichkeit der vollständigen Ausheilung erlauben Sie mir einen Fall aus meiner Praxis in Kürze anzuführen.

Schwächliches anämisches 14 jähriges Mädchen. Vater leidet an Syphilis tarda, Mutter an Phthise gestorben. Multiple Osteomyelitis gummosa an beiden Tibien und am linken Humerus. Syphilis hereditaria tarda. Angeblich bisher homöopathisch behandelt. Starke dolores osteocopi Abends und Nachts nur bei Witterungswechsel. Schlaf sehr schlecht. In der Ernährung sehr heruntergekommen. Stark neurasthenisch. Dreimonatliche energische Hg. und Jodbehandlung in Kemmern bringen die Schmerzen zum Schwinden und lassen die Knochenverdickungen scheinbar etwas schlanker erscheinen. Mit dem Eintritt guten Schlafes und eines phänomenalen Appetites geht die Ernährung rapide in die Höhe. Wird gesund entlassen mit stark verdickter Tibia beiderseits und Humerus. Bis jetzt, nach 5 Jahren, hat sich keine Störung weiter geltend gemacht und ist keine Therapie erforderlich gewesen und wer heute das blühende Mädchen sieht, dürfte ihr das überstandene schwere Leiden wohl nicht ansehen.

Anders jedoch ist das klinische Krankheitsbild, wenn die gummöse Neubildung im Knochen als grosser makrosk. Krankheitsheerd Platz gegriffen hat. Wie Periostitis und Osteomyelitis, so kann auch das Gumma an allen möglichen Stellen des Skelets, an flachen und Röhrenknochen vorkommen. Sein Lieblingssitz sind die Schädelknochen, Tibia, Ulna, Clavicula und Sternum. Widerstandsfähiger dem therapeutischen Eingriff gegenüber als die Periostitis, kann es dennoch zur Resorption kommen, geht aber andererseits in Zerfall über, in welchem Zustande es jahrelang jeglicher Behandlung trotzt mit seinem schmutzigen, torpiden Geschwürsgrunde und seinen lividen unterminirten Rändern, wenn nicht geeignete Localbehandlung bessere Chancen zur Ausheilung schafft. Man scheut daher auch den chirurgischen Eingriff nicht und exstirpirt das Gumma, ob es am Schädel, oder in einem der langen Röhrenknochen sitzt, oder sonst wo. Wie man dem Hautgumma, sitze es wo es wolle auf den Hautdecken, mit scharfem Löffel, Scheere und Messer zu Leibe geht, so exstirpirt man das Knochengumma, ehe es zur Usur und starker Einschmelzung des Knochens geführt hat.

Im vorigen Jahre wurde mir ein Patient mit tard. Lues nach Kemmern zugeschickt, dem College Zoege-Manteuffel mehrere Gummata am Schädel exstirpirt hatte. Sie hatten fast Hühnereigrösse gehabt und hatten den ganzen Schädelknochen bis auf die Dura durchsetzt. Jahrelang hatten sie bis dahin jeglicher Behandlung getrotzt und dem Patienten constante rasende Kopfschmerzen verursacht, die ihn vollständig heruntergebracht und ihn arbeitsunfähig und lebensmüde gemacht hatten. Die specifische Kur nach der Operation vertrug er brillant und habe ich ihn in diesem Jahr, nach erneuerter Kur wegen Erkrankung der Nase, als gesunden, arbeitsfähigen Mann entlassen können.

Schwerer verlaufen solche Fälle bei der Syphilis hereditaria tarda.

Eine 20-jährige Dame, hereditär syphilitisch, kam nach Kemmern in meine Behandlung. Pat. klein, schmächtig, anämisch, schlecht genährt, litt seit vielen Jahren an gummösen Neubildungen am linken Stirnbein und am rechten Tibiakopf. Starke subjective Beschwerden. In St. Petersburg hatte man das



Gumma an der linken Seite des Stirnbeins exstirpirt und war dieses auch ausgeheilt mit einer gewaltigen, stark eingezogenen und stark entstellenden Narbe, von der Exstirpation des Gumma am Tibiakopf hatte man Abstand nehmen müssen in derselben Sitzung und auch fernerhin, des sehr schlechten Allgemeinbefindens der Pat. wegen. Die fast ununterbrochene spec. Behandlung am Wohnort sowie auch die langdauernde und energische, gut überwachte Behandlung führten scheinbar zu gar keinem Resultat.

Als die seltenste der syphil. Knochenerkrankungen bleibt mir noch die Erkrankung der Wirbel zu nennen übrig. Sie charakterisirt sich eigentlich nur durch einen constanten dumpfen Schmerz an einer bestimmten Stelle der Hals- oder Brustwirbelsäule, der bei Druck stärker wird, bei aufrechter Stellung und bei Bewegungen zunimmt und bei horizontaler Lage fast ganz schwindet. Die Diagnose der syph. Wirbelerkrankung ist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose und nur dann mit einiger Sicherheit zu stellen, wenn andere Anzeichen mit absoluter Sicherheit bestehende Syphilis nicht ausschliessen und andere Ursachen, wie Trauma, Tuberculose auszuschliessen sind. Sicher bleibt nur der Rückschluss, wenn die specifische Behandlung den Krankheitsprocess definitiv zur Ausheilung gebracht hat.

Dass sie bei Kindern sowohl wie bei Erwachsenen vorkommt, event. mit Wirbelcaries endet, belegen Mittheilungen in der Literatur (Centralblatt für Chirurgie, 1891 Nr. 14, Jasinski). In 15-jähriger Kemmernscher Praxis habe ich unter 3—4000 Syphilitikern jeglichen Stadiums und jeglichen Alters und Geschlechts nur 2 mal Wirbelerkrankungen zu sehen und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Den einen Fall verlor ich nach beendeter Kur bald aus dem Gesicht, den anderen habe ich noch jetzt unter Augen. Beides waren Männer zwischen 30 und 40 Jahren. Sie klagten über dumpfen Schmerz im Bereich des 2. und 3. Brustwirbels, Unvermögen lange aufrecht zu gehen und zu stehen, und leichte Ermüdung in den Beinen. Eine energische und wiederholte Behandlung hat vollständige Heilung gebracht, nachdem elektrotherapeut. Maassnahmen, Corset, Ferr. candens, Wasserbehandlung in allen möglichen Formen und alles mögliche Andere im Stich gelassen hatten.

Die syphilitischen Gelenkerkrankungen*) sind selten. Sie sind zu unterscheiden in 1) acute seröse Gelenkentzündungen, 2) subacute oder chronische seröse und 3) von einem Gumma auf das Gelenk fortgeleitete, oder durch den Sitz desselben bedingte Gelenkentzündungen, zu welcher Kategorie ich auch diejenigen rechne, bei denen die Gelenke erkrankten durch Fortschreiten der gummösen Osteoperiostitis resp. Osteomyelitis der Diaphysen.

Die acuten serösen Gelenkentzündungen kommen zuweilen bei secundärer Syphilis vor mit Ausbruch des Exanthems. Sie befallen ein, auch mehrere grössere Gelenke, Knie-, Ellbogen- Schultergelenk etc. und sind unschwer von der Polyarthritis rheumatica acuta zu unterscheiden durch: Fehlen des Fiebers, der Röthung, und die geringgradige Schwellung. Die Schmerzhaftigkeit ist meist eine geringe, so dass von einer Localbehandlung mit Immobilisation kaum die Rede sein kann, zumal da sie mit Einleitung der antiluetischen Behandlung schnell und sicher zu schwinden pflegen. In der Literatur habe ich Fälle gefunden, in denen wegen grosser Schmerzhaftigkeit in mehreren Gelenken zur Immobilisation geschritten werden musste. Ich selbst habe wenig solcher Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. 2) Die subacute oder chronische Gelenkentzündung, nach Virchow «Chondritis syph.», nach Finger «hypertrophische syphilitische Synovitis», kommt meist in einem Gelenk vor, doch scheint eine besondere Praedisposition eines spec. Gelenks nicht zu existiren, da sie am Knie-, wie am Ellbogen-, resp. Fussgelenk beobachtet worden ist. Die Diagnose der syph. chron. Gelenkentzündung ist am Lebenden nicht leicht zu stellen, wenn nicht andere sichere Anzeichen bestehender Syphilis zugleich vorhanden sind. Eine Verwechselung mit der ihr ähnlichen Arthritis deformans rheumatica ist zu vermeiden, wenn man in Betracht zieht — die Neigung dieser letzteren zu allen möglichen Knochendeformitäten an den Rändern des Knochens, welche der luetischen Arthritis fehlt. Schwellung, Schmerzen, Schwerbeweglichkeit, Knarren bei Bewegungen haben ja beide gemeinsam. Auf den pathol anatomischen Befund bei beiden einzugehen, liegt ausserhalb des Rahmens meiner Arbeit. In praxi entscheidet, ob syphilit. Gelenkentzündung, ob Arthritis deformans, doch der Erfolg der specifischen Kur. Die 3 und letzte Form endlich, die gummöse Form, findet sich bei der tardiven Form der acquirirten Syphilis und bei der hereditären. Das Gumma sitzt entweder in unmittelbarer Nähe des Gelenks, beispielsweise in einem Condylus des humerus, oder im Tibiakopf, oder es sitzt im Gelenkkörper selbst, resp. eine Osteomyelitis syph. der Diaphyse des Röhrenknochens hat das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen.

So selten die serösen syphil. Gelenkentzündungen in Eiterung überzugehen pflegen, kann das Gumma bei dieser Form in Zerfall übergehen und zu destruirenden Processen im Gelenk, zu Einschmelzungen des Knorpels und des Knochens führen. Ist es bereits zu solchen gekommen, so ist der operative Eingriff am Platz und Incision, Excochleation, Sequestrotomie und Resection müssen gemacht werden, denn keine spec. Behandlung allein ist im Stande Heilung zu bringen. Bleibt die Erkrankung der Spontanheilung, zu welcher selbst diese schweren Erkrankungen nach jahrelangem Siechthum tendiren, überlassen, so ist die totale Ankylose die unbedingte Folge. Eine derartige Erkrankung hatte ich vor mehreren Jahren zu sehen Gelegenheit. Bei einem stark heruntergekommenen Syphilitiker von ca. 30 Jahren, der eine Rupia syphilit. und zahlreiche Narben ausgeheilter Hautgummata auf der ganzen Körperoberfläche, namentlich im Gesicht, hatte, war das ganze linke Handgelenk durch ein Knochengumma in Zerfall begriffen. Die Operation wurde verweigert. Die mehrfach wiederholten spec. Kuren und ausgiebiger Jodgebrauch hatten den von ihm erhofften Heileffect nicht. Als ich ihn nach 5 Jahren wiedersah, war im Handgelenk totale Ankylose eingetreten, der Krankheitsprocess jedoch noch nicht ganz zum Abschluss gekommen, es bestanden noch einige schwach secernirende Fisteln, Schwellung und beträchtliche Druckempfindlichkeit. Der 2. Fall, hereditäre Lues bei einem 19-jährigen Mädchen bot ein ähnliches Bild am linken Fussgelenk. Hier wie dort Refüsiren jeglichen operativen Eingriffs, jahrelange Behandlung und endlich Ankylose in Spitzfussstellung. Gleichzeitig bestehende Ulcerationen in Nase und Rachen hatten die Diagnose gesichert.

Dass eine Verwechselung, wo nicht sichere andere Anhaltspunkte für Syphilis gleichzeitig vorhanden sind, mit tuberculöser Erkrankung des Gelenks vorkommen kann[5]), unterliegt wohl kaum einem Zweifel. Sie ist auch leicht erklärlich, wenn man in Betracht zieht, dass der Gummaknoten ja nicht immer makroskopisch, gross und sichtbar zu sein braucht, sondern auch in miliarer Form auftreten kann. (Monastyrski fand Lustgartensche Bacillen in den Miliarknoten und Fehlen der Koch'schen Bacillen). Zu differential-diagnostischen Zwecken wird man sich heut zu Tage wohl des Tuberkulins bedienen.

*) [1]) Langenbeck's Archiv 1883 28. Band. Prof. Max Schüller.
[2]) Centralblatt für Chirurgie 1888 № 32, Monastyrski.
[3]) Centralbl. 1891, № 26. O. Rasch. in dem Archiv für Dermatol. und Syphilis 1891, Heft I.
[4]) Centralbl. für Chir. 1888 № 9.

[5]) Monastyrski, Centralblatt für Chirurgie 1888, № 32.



Nicht nur mit tuberculösen Processen können Verwechselungen vorkommen, auch mit anderen bösartigen Neubildungen, den sarcomatösen und carcinösen Dass syph. Geschwüre, resp. Infiltrationen und gummöse Processe krebsig entarten können, ist eine bekannte Thatsache und finden sich dafür in der Lit. genügend Belege. So berichtet, um nur einen anzuführen, Lang in den Wiener medic. Blättern 1888, Nr. 10 über krebsige Entartung syph. Geschwüre an Zunge, Gaumen, Unterlippe. Am Hoden kommt sie auch vor. Verständlich erscheint es mir daher, dass ein hervorragender Chirurg einem Pat. die Oberarmamputation vorschlug, der am linken Ellbogengelenk, reichlich eine handbreit auf den Oberarm und desgl. auf den Unterarm sich erstreckend eine Unmasse Gummata trug, welche mit der kolossalen spindelförmigen Anschwellung des Gelenks und der lividen Haut-Verfärbung ganz den Eindruck eines Sarcoms machten. Die von einem Fachmann ausgeführte mikrosk. Untersuchung schien die Diagnose zu bestätigen. In der Folge hat sich das jedoch als menschlicher Irrthum erwiesen. Pat. entfloh unmittelbar vor der Operation aus dem Hospital durch das Klappfenster und ist nach ausgiebiger jahrelanger Jodkali und Hgbehandlung geheilt worden und hat seinen Arm behalten. Es waren also Gummata und kein Sarcom.

Ziehe ich das Facit dieser kurzen Betrachtungen, so ergiebt sich daraus, dass a) syph. Knochen- und Gelenkerkrankungen vorzukommen pflegen, sowohl bei acquirirter, als bei hereditärer Syphilis, b) die Knochenerkrankungen kommen häufiger zur Beobachtung, die Gelenkerkrankungen sind seltene Erkrankungen, c) beide tendiren unter geeigneter Behandlung zur Ausheilung.

Daraus ergiebt sich die Regel für unser therapeutisches Vorgehen: Periostitis, Osteomyelitis, Gumma am flachen Knochen und Röhrenknochen, am Gelenk und in dem Gelenkkörper sitzend, kann bei geeigneter Behandlung ausheilen, wie auch die Gelenkentzündung ohne chirurgischen Eingriff; ist es zur vollständigen demarkirten Knochen-Nekrose gekommen, so soll operativ eingegriffen werden. Sitzt das Gumma am Knochen leicht erreichbar, wie am Schädel, oder Tibia, und erweist sich der spec. Kur gegenüber renitent, so soll es exstirpirt werden, ist es in Erweichung und Zerfall übergegangen, so soll es entfernt werden. Immer hat Localbehandlung mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand zu gehen.

Wenn ich Ihnen, m. H. auch keine erschöpfende Darstellung der besprochenen Krankheitsformen zu geben im Stande gewesen bin, so habe ich doch versucht in dieser kleinen Skizze, gezeichnet nach eigenen Anschauungen und Erfahrungen und zusammengetragenem casuistischem Material, Ihnen über syph. Knochen- und Gelenkerkrankungen das Wichtigste für den Praktiker vorgeführt zu haben.

Referate.

R. Müllerheim: Die Symphyseotomie. (Sammlung klinischer Vorträge Nr. 91, 1894).

180 Wöchnerinnen wurden in der von Freund vorgeschlagenen Weise (Untersuchung per vaginam während des Spreizens, Beugens und Streckens der Beine in stehender Haltung, Betastung der Ileosacralgelenke per rectum etc.) auf die Beweglichkeit der Beckengelenke geprüft. Die Symphysis war «wenig beweglich» in 41, «beweglich» in 64 und «leicht beweglich» in 33 Fällen. Der Grad der Beweglichkeit war der Zahl der Geburten nicht proportional. Bei symphyseotomirten Wöchnerinnenleichen ertrugen die Ileosacralgelenke eine Dehnung der Bänder bei einer Distantia interpubica von 5—6 Ctm., andere rissen schon beim Klaffen des Symphysenspaltes auf 1, 2 und 2½ Ctm. Ein allgemeines Gesetz über den Raumgewinn lässt sich nicht aufstellen, — es kommt auf die Beckenform an, die Conj. vera nimmt am wenigsten an Länge zu. Einen grösseren Zuwachs erfahren die queren und schrägen Durchmesser des Ein- und Ausganges. Die Erweiterung des Beckens bei unvollkommener Symphysenspaltung oder Erhaltung des lig. arcuatum (Leopold) ergiebt keinen verwerthbaren Zuwachs in den einzelnen Durchmessern. Der Schnitt durch die Knorpelfuge wird nach Einführung eines männlichen Katheters in die Blase und nach Wegdrängen der Harnröhre mittelst dieses Instrumentes so weit wie möglich nach hinten und seitlich, sowie stumpfer Abtrennung der Weichtheile, besser von hinten nach vorn gemacht, doch sieht man sich bei festeingekeiltem Kopf genöthigt den Schnitt von vorn nach hinten zu führen. Nach Beendigung der Operation hat man beim Versuch die Symphysenenden einander zu nähern dafür zu sorgen, dass die Blase nicht eingeklemmt wird. Die unterste Grenze der Symphyseotomie wird auf 6—7 Ctm. gesetzt.

Lingen.

Otto v. Weiss: Zur Behandlung der Vorderscheitellage. (Sammlung klin. Vorträge von Volkmann, Neue Folge Nr. 60).

Weiss unterscheidet auf Grund seiner reichen Erfahrungen an der Wiener geburtshülflichen Klinik im Gegensatz zu den meisten Autoren beim Durchtritt des Schädels durch das Becken mit rückwärts gedrehtem Hinterhaupt zwei klinisch ziemlich scharf getrennte Typen: die abnorme Rotation und die Vorderscheitellage, gewöhnlich wohl Vorderhauptlage genannt.

Eine exacte Diagnose, ob die Geburt des Schädels in dem einen oder anderen Typus erfolgen wird, kann erst bei vollständigem Tiefstand desselben gestellt werden. Der Unterschied des Austrittsmechanismus als abnorme Rotation vor dem als Vorderscheitellage besteht darin, dass in ersterem Falle die grosse Fontanelle hinter der Symphysis ossis pubis hoch hinauf steht, während die kleine Fontanelle tief hinter den Damm getreten ist; der Schädel tritt in Folge dessen zwar auch im suboccipitofrontalen Durchmesser von nur 9,5—10 Cm. über den Damm, jedoch mit dem Unterschiede von der normalen Rotation, dass das Vorderhaupt einerseits hinter der Symphyse eingezwängt, die freie Rotation des Hinterhauptes um den Arcus pubis erschwert, andererseits der Damm durch das breite Hinterhaupt unmittelbar bedroht und ad maximum in die Breite gedehnt wird. Eine weitere Dammdehnung resultirt aus der nicht vollständigen Ausnutzung des Raumes unter dem Arcus pubis durch die breite Stirnbeingegend; dieser Raum wird nämlich ausnahmsweise durch die weiche Hinterhaupts-nackengrenze ausgefüllt. Also bei sonst gleichen Verhältnissen grössere Anforderung an die Wehenthätigkeit, in Folge dessen grössere Operationsfrequenz und häufigere ausgedehnte Verletzungen.

Bei der Austreibung des Schädels im 2. Typus behält die grosse Fontanelle die Führung und der Schädel kommt mit dem geraden Durchmesser von 12 Cm. und einem Umfang von 35 Cm. zum Durchschneiden, indem die Glabella sich als Hypomochlion an dem Schambeinbogen anstemmt. Die Weichtheilverletzungen sind bei diesem Mechanismus bei spontaner sowie künstlicher Entbindung, deren Frequenz, wie wir später sehen werden, 58 pCt. beträgt, ganz enorme.

Unter 19,000 Geburten beobachtete Weiss 99 mal den Austritt des Schädels mit nach hinten gedrehtem Hinterhaupt, also in etwa 0,58 pCt. der Fälle: eine Procentzahl, die sich mit der in Bidders Publicationen enthaltenen vollständig deckt. Von diesen 99 Geburten verliefen 66, oder 66,6 pCt. in abnormer Rotation, 33, oder 33,3 pCt. als Vorderscheitellage. Einen operativen Eingriff bedurften 38 Fälle, davon kommen 19 oder 27 pCt. auf die 66 Geburten mit abnormer Rotation, 19 oder 58 pCt. auf die 33 Fälle von Vorderscheitellage.

Diese so geringe Frequenz von Geburten in Vorderscheitellagen respective abnormer Rotation beruht nach Weiss auf der in Wien geübten rationellen Therapie: Dieselbe besteht in vollständig exspectativem Verhalten, indem die Frau auf die Seite der kleinen Fontanelle gelagert und die grösste Sorgfalt auf Erhaltung der Blase verwendet wird. In den meisten Fällen dreht sich die kleine Fontanelle dann doch schliesslich noch nach vorne; ja diese Drehung kann noch zu Stande kommen, wenn der Kopf schon mit einem Segment in der Vulva sichtbar ist. (Beobachtung des Ref. aus der Dorpater Klinik.)

Liegen stricte Indicationen zu einer schnellen Entbindung vor, so wird die Zange angelegt und der Schädel mit nach hinten stehender kleiner Fontanelle entwickelt. Die Drehungen nach Scanzoni und Lange werden niemals ausgeführt, ebenso wenig die in neuerer Zeit mehrfach empfohlenen manuellen Correcturen der Schädelhaltung (Blanc, Tarnier, Joh. Meyer). Die abnorme Rotation giebt auch bei Anlegung der Zange, was die Erhaltung des Dammes betrifft, viel bessere Resultate und gelingt es bei richtiger Zugrichtung in den meisten Fällen, die Intactheit desselben zu bewahren. In Vorderscheitellagen ist besonders bei I.paren häufig um ausgiebige Zerreissungen zu umgehen die Episiotomie auszuführen. Weiss bevorzugt die ein — der beiderseitigen Incision, während Referent die

Episiotomie nach Michaelis in der Mittellinie anrathen möchte.

Durch Beobachtung dreier Fälle von Vorderscheitellage bei Erstgebärenden, wo der deflectirt stehende Schädel unter äusserst kräftigen Wehen mit Herunterrücken des Hinterhauptes und Herauftreten des Vorderhauptes unter die Symphyse in abnormer Rotation spontan ohne Verletzung des Dammes austrat, wurde Weiss veranlasst diesen Vorgang künstlich nachzuahmen, indem er während einer Wehe mit zwei Fingern der einen Hand einen Druck auf die hinter dem Arcus pubis befindliche Stirn nach oben hinten ausübte und die Wirkung der Wehe durch Druck auf den Steiss unterstützen liess. Hierdurch wird das im Introitus vaginae befindliche Hinterhaupt nach unten vorne geleitet, während das Vorderhaupt hinter die Symphyse ausweicht. Mit der freien Hand unterstützt Weiss den durch das Hinterhaupt stark gefährdeten Damm und leitet dasselbe durch den Ritgen'schen Handgriff vom Hinterdamm aus nach vorn. In 4 einschlägigen Fällen gelang es ihm auf diese Weise bei Erstgebärenden die Geburt ohne Dammriss zu beendigen. Bei drei von den 4 Fällen wurde durch dieses, von Weiss manuelles Redressement der Stirn genannte Verfahren die indicirte Zange umgangen.

Christiani (Breslau).

Bothe: «Ueber die Wirkung des Tolysals.» (Münch. med. W. № 32).

Das Medicament wurde an 28 Personen, theils Geistesgesunden theils Irren und Epileptikern der Irrenanstalt Tost geprüft. Es wurde versucht als Anodynum bei dem Kopfschmerz Neurasthenischer und Hysterischer, bei Kopfschmerzen in Folge organischer Hirnleiden, bei Knochenschmerzen in Folge alter Lues und bei chronischem Gelenkrheumatismus. Auf die 3 letzten Formen hatte das Tolysal keinen Einfluss, dagegen erwies es sich in einigen Fällen von Kopfschmerzen bei Neurasthenie als vorzügliches Anodynum. In ganz eclatanter Weise wirkt das Tolysal in einem Falle von echter Migräne und zwar ohne Nachlassen des Erfolgs bei wiederholter Darreichung. Bei einem anderen Falle von Migräne blieb es wirkungslos. Von ganz besonders günstigem Einfluss war das Tolysal durch seine das Einschlafen befördernde Wirkung. Pro dosi wurde meist 2 grm. verabreicht und zwar in Oblaten, da es schlecht schmeckt. In den leeren Magen genommen machte es stets Uebelkeit, über die auch sonst einigemale geklagt wurde; ausserdem rief es mehrfach Schwindelgefühl hervor. Als Ergebniss der Prüfung glaubt B. hinstellen zu dürfen, dass das Tolysal als Anodynum alle Aufmerksamkeit verdient und weiterer Versuche werth erscheint. Weyert.

L. Hecht: «Ueber die traumatische Handgelenksluxation.» (München. m. W. № 32).

Autor beobachtete einen einschlägigen Fall dieser relativ seltenen Luxation. Die 56 jährige Patientin fiel von einer Höhe von 2½ m. auf die Vola der zur Stütze seitwärts gestreckten linken Hand. Die Hand war dabei in starke Pronation und übermässige Streckung gekommen. Die mit der Hohlfläche nach aussen gekehrte Hand hing schlaff an dem pronirten Vorderarm. Ungefähr 2 cm. hinter der ersten Handwurzelknochenreihe ragte durch eine etwas ulnarwärts befindliche Weichtheilwunde das Radiusende mit abgebrochenem proc. styloideus heraus. Eine Fractur war sonst nirgend nachzuweisen, die Ulna unversehrt. Es lag also eine isolirte dorsale Luxation des Radius nach vorn vor. Nach Reinigung der Wunde wurde der Radius durch Druck und gleichzeitigen Zug an der Hand mit Supination ohne sonderliche Mühe reponirt. Um einer Verwechselung der seltenen Luxation mit der häufigen Radiusfractur zu entgehen, ist bei der dorsalen Luxation zu beachten, dass abgesehen davon, dass hier die typische Gabelstellung eine stark ausgesprochene ist, die Convexität des Carpuskopfes deutlich auf der Rückseite fühlbar sein muss, auf der Beugeseite die Concavität der radio-triangularen Gelenkfläche meist abzutasten ist. Beide Process. styloid., deren gegenseitige Lage, wenn sie nicht fracturirt sind, zu einander nicht verändert werden kann, sind gewöhnlich deutlich markirt zu fühlen.

Mutatis mutandis sind dieselben Kennzeichen bei der volaren Luxation vorhanden. Die Finger sind meist mehr oder weniger flectirt und unbeweglich. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. N. Rüdinger: Cursus der topographischen Anatomie. Dritte Auflage. Mit 79 Abbildungen. München, Verlag von J. F. Lehmann 1894.

Das vorliegende Werk ist sehr praktisch angelegt und wird namentlich denjenigen von grossem Nutzen sein, die bei topographisch-anatomischen Präparirübungen einen schriftlichen und bildlichen Leitfaden benutzen wollen. Der Text ist nämlich das Stenogramm der Vorträge, die Rüdinger während eines praktischen Cursus vor seinen Schülern gehalten hat; es wird die Art der Präparation Schritt vor Schritt besprochen und dazwischen sind praktische Bemerkungen eingestreut. Das vor den Augen der Zuschauer und Zuhörer im Präparirsaal entstehende anatomische Präparat wird im Buch durch sehr gute instructive Abbildungen ersetzt; diese sind wohl meist nach guten Präparaten gezeichnet, da sie im Gegensatz zu manchen andern ähnlichen Werken, fast garnicht schematisirt gehalten sind. Besonders hervorzuheben sind die vielen Abbildungen von Durchschnitten gefrorener Körpertheile und ganzer Körper, die den praktischen Nutzen des Werkes namentlich für die Aerzte erhöhen, die es als Nachschlagebuch zur schnellen Orientirung benutzen wollen.

Die Verlagshandlung hat Alles gethan, was sie konnte, um auch höher gestellte Ansprüche zu befriedigen. Wir wünschen dem Werk besten Erfolg. Wanach.

A. Daiber: Chemie und Mikroskopie des Harnes. Jena, Verlag von Fischer 1894.

In compendiöser Form findet sich in diesem Büchlein Alles, was der Praktiker bei der Harnuntersuchung wissen muss. Als Nachschlagebuch bei der Harnanalyse kann das kleine Werk daher nur empfohlen werden. 32 Abbildungen erleichtern das Verständniss des Textes. Die äussere Ausstattung des Buches ist gut. B.

Prof. C. Langenbuch: Chirurgie der Leber und Gallenblase. I. Theil. Deutsche Chirurgie. Lieferung 45 c., I. Hälfte. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Der vorliegende 378 Seiten starke Band enthält ein 16 Seiten umfassendes Literaturverzeichniss, eine sehr gute anatomisch-physiologische Einleitung und dann eine sehr ausführliche Bearbeitung des Leberechinococcus, des Leberabscesses und eine weniger breite Darstellung der Lehre vom subphrenischen Abscess. Inhaltlich ist an dem Buch nichts auszusetzen. Die mit bewunderungswürdigem Fleiss zusammengetragene Literatur, namentlich auch die Casuistik, ist so verwerthet, dass der Leser sich leicht seine Meinung über alle Einzelfragen selbst bilden und mit dem immer klar und bestimmt ausgesprochenen Urtheil des Verfassers vergleichen kann. Bei der Lectüre wirkt die ausführlich referirte Casuistik zuweilen ermüdend; doch darf diese in einer Monographie über ein erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit von der Chirurgie erobertes Gebiet natürlich nicht fehlen. Das Langenbuch'sche Werk wird jedenfalls zukünftigen Arbeiten über Leberchirurgie als Grundlage zu dienen haben.

Tadelnd hervorzuheben sind erstens die auffallend zahlreichen Druckfehler und zweitens einige sprachliche und stylistische Ungehörigkeiten. Ref. schätzt die vom trockenen Lehrbuchstyl abweichende lebendige Darstellungsweise, die in Langenbuch's schriftlichen Arbeiten immer angenehm auffällt, sehr wohl; im vorliegenden Werk hat L. sich aber zuweilen zu Extravaganzen hinreissen lassen, die nicht zu billigen sind. «Das vonvornhereinige Heil» der Aseptik ist ein Beispiel für unerlaubte Wortbildung, der folgende Passus ein Beispiel für unverständlichen, von falschen Metaphern strotzenden Schwulst: «Diese Antiseptik war ein Mäntelchen, oder sagen wir ein Mantel, ja ein königlicher Prachtmantel, der der neuen Schöpfung (dem Little'schen Rapidschnitt bei Leberabscess) umgehangen war: von schwerem edlem Stoff scheinbar und von einer so leuchtenden Farbe, dass die, die ihn sahen, schier geblendet wurden. Erfassen wir ihn mit unsern Händen und schauen wir ihn näher an; welche Täuschung! Der Stoff ist gar nicht so schwer und gediegen, leicht ist er wie geborgt und morsch wie Zunder. Und die Farbe? Ein schrilles Concert von widrig gebrochenen Lichtstrahlen, nichts Anderes; kein augenfester Grundton in ihr; ein wirres Gemuster, überall verbleichend und verschiessend und im besten Zuge, den bekannten Mischmaschton der äussersten Dürftigkeit anzunehmen». Ein so schlechter Bombast sollte doch nicht gedruckt werden!

Inhaltlich hat Ref., wie nochmals betont werden soll, an dem Buch nichts auszusetzen; es steht den übrigen Lieferungen der «Deutschen Chirurgie» durchaus gleichwerthig zur Seite. Wanach.

Bericht über die Einrichtung und über die 25-jährige Thätigkeit des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg. St. Petersburg 1894. (Russisch).

Am 30. September 1894 ist ein Vierteljahrhundert seit der Einweihung des Petersburger Kinderhospitals verflossen, das auf Befehl des Seligen Kaisers Alexander II. den Namen des durch seine öffentliche Mildthätigkeit und viele wohlthätige Stiftungen hervorragenden Prinzen Peter von Oldenburg trägt. — Dank der unermüdlichen ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit des Gründers und Leiters des



Hospitals, Dr. K. Rauchfuss und seiner zahlreichen Schüler hat sich das Hospital bald europäischen Ruf erworben und kann augenblicklich in die Reihe der angesehensten Kinderhospitäler der Welt gestellt werden. Das uns vorliegende Werk giebt das beredetste Zeugniss dafür ab, wie segensreich die Thätigkeit des Hospitals für die Petersburger Bevölkerung und wie mannigfach die wissenschaftlichen Leistungen dieser Heil- und Arbeitsstätte waren. Im ersten Theil findet sich eine Beschreibung der Hospitalräume, der Luft, Heizungs- und Desinfectionsverhältnisse. sodann Näheres über die Verpflegung der Kinder, über den Dienst der Aerzte und über die Arbeitseintheilung. Es folgt ein historischer Bericht über die poliklinische Thätigkeit des Spitals. Seit dem 9. Decemb. 1869 wurden 383989 Kinder ambulatorisch behandelt (979698 Einzelbesuche). Die meisten Kinder bekamen unentgeltlich Medicin, Bäder, viele erhielten sogar ein Frühstück, bestehend aus Milch, Bouillon und Weissbrod. Als sehr zweckmässige Einrichtung heben wir hervor, dass den Müttern gedruckte Vorschriften mit nach Hause gegeben wurden, worin in leicht verständlichen Sätzen die Grundprincipien der Diätetik des Kindesalters auseinandergesetzt waren. Unter den Erkrankungen nahmen die des Magendarmcanals die erste Stelle ein — 35,2 pCt., darauf folgen die Erkrankungen der Athmungsorgane mit 19,9 pCt., Infectionskrankheiten — 15 pCt., Erkrankungen der Haut und der Lymphdrüsen mit 9,9 pCt., allgemeine Ernährungsstörungen — 6,7 pCt., Krankheiten der Bewegungsorgane und Traumen 4 pCt., der Augen 4,1 pCt., Ohren 1,4 pCt. Nervenkrankheiten 1,1 pCt.; die übrigen 2,7 bis 3,5 pCt. fallen auf Erkrankungen der Leber, der Nieren, Intoxicationen, Tumoren etc. Aus diesem reichhaltigen Material ergeben sich viele interessante Beobachtungen und Thatsachen, welche durch schöne Diagramme dargestellt sind. Dem Bericht über die ambulatorische Thätigkeit sind beigefügt: eine eingehende Darstellung der chirurgischen poliklinischen Thätigkeit für die letzten 5 Jahre (Dr. Serck), ein Bericht über die in den letzten 5 Jahren poliklinisch beobachteten Nervenkrankheiten (Dr. Peters) und 2 Abhandlungen die bereits anderweits publicirt worden sind: «Die Behandlung der Angiome mittelst Electrolyse» (Dr. Peters) und «Ueber Rachitis und deren Phosphortherapie» (A. Schabanowa). Der nächste grosse Abschnitt ist der Thätigkeit der stationären Abtheilung gewidmet, derselbe fesselt ganz besonders unsere Aufmerksamkeit. Hier finden wir zunächst einen besonders für den Hospitalarzt ausserordentlich lehrreichen Bericht über Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse in den einzelnen Jahrgängen, wobei das statistische Material in vielseitiger Richtung besprochen wird (Director Dr. Rauchfuss). Es folgen: ein recht ausführlicher Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung (Dr. Schmitz), Bericht über die innere — und Infectionsabtheilungen (Erkrankungen des Nervensystems — Dr. Peters; Typhus abdominalis und andere Infectionskrankheiten, Krankheiten der Athmungs- und Verdauungsorgane, Hautkrankheiten — Dr. Russow; Croupöse Lungenentzündung und Pleuritis, Erkrankungen der oberen Luftwege, Diphtherie — Director Dr. Rauchfuss; Scharlach und Masern — Dr. Tschoschin). Alle diese Berichte enthalten eine Fülle von wichtigen klinischen Beobachtungen, welche auch vielfach zu wissenschaftlichen Arbeiten Anregung gegeben haben. Leider müssen wir hier auf eine detaillirte Wiedergabe der Berichte verzichten; wir hoffen, dass die meisten Leser unserer Wochenschrift sich mit dem Original bekannt machen werden. Es bleibt uns nur noch übrig, dem Hospital des Prinzen von Oldenburg ein weiteres, ebenso fruchtbares Gedeihen zu wünschen.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

576. Sitzung am 4. October 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz.

1) Herr Hörschelmann: Ein Beitrag zur Lösung der Frage von dem Verhältniss der Varicellen zur Variola.

Die Frage, ob die Varicellen eine selbständige Erkrankung oder nur eine leichte Form der Variola sind, ist bis jetzt noch nicht endgültig entschieden, trotzdem die Varicellen schon seit dem XV. Jahrhundert bekannt sind. Heberden (1767) sprach sich schon für die eigenartige Natur der Varicellen aus, trennte sie aber nicht von den nach der Pockenimpfung auftretenden leichtesten Varioloformen. Erst Thomson (1820) bezeichnete letztere als Varioloiden; nach seiner Anschauung sind aber Varicellen, Varioloiden und Variola 3 Formen derselben Krankheit. Diese Lehre von der Identität der 3 Formen hielt sich in England und Frankreich, und erfreute sich auch in Deutschland allgemeiner Anerkennung von den 40 bis zu den 70 Jahren. Nach den grossen Blatterepidemien von 1870—73 verliessen die meisten deutschen Kinderärzte diese Anschauung und sondern jetzt streng Variola von Varicellen (Gerhardt, Henoch, Baginsky etc.) Zahlreiche Beobachtungen lehren, dass varicellenkranke Kinder unabgesondert weder geimpften noch ungeimpften Geschwistern gefährlich werden und höchstens wieder Varicellen ausstreuen. Vetter, Gerhardt und Förster impften mit Erfolg Kinder nach kurz vorher überstandenen Varicellen. Das Auftreten von Variola unmittelbar nach Ablauf der Varicellen ist mehrfach beobachtet worden (Eisenschütz, Fleischmann, Förster, Quincke u. A.) Ebenso wurden Varicellen nach Variola vom Vortragenden und Anderen (Vetter, Förster) gesehen. Zu den Vertretern der Identitätslehre gehören Vogel, Kaposi, Kassowitz, Hochsinger und Hennig. Für diese Auffassung werden Beobachtungen angeführt, denen zufolge ein Theil der Erkrankten an Varicellen, ein anderer ohne anderweitig nachweisbare Infection an Variolois oder Variola erkrankten. Auf eine Beobachtung von Hochsinger vom Jahre 1890, welche für die Identitätslehre sprechen soll, impfte Freyer ein Kalb mit dem Inhalt von 20 Varicellenbläschen, erzielte aber nur vorübergehende Reactionsröthe. Nach 8 Tagen wurde dasselbe Kalb erfolgreich mit Vaccine geimpft. Békésy in Budapest kommt nach Durchsicht eines 37-jährigen ambulatorischen Materials zu Schlussfolgerungen, die der Identitätslehre widersprechen, desgleichen Nymann. Als Beitrag zur Lösung der angeregten Frage stellt H. einen kleinen Pat. vor, der am 26. September an Varicellen erkrankte. Am 28. Sept., als das Exanthem in voller Blüthe stand, einzelne Pusteln jedoch schon eingetrocknet waren, wurde das Kind mit Kalbsdetritus geimpft. Jetzt zeigt das Kind die gut in der Entwickelung begriffenen Vaccinepusteln neben den eingetrockneten Varicellenpusteln.

2. Herr Horn spricht über moderne Scoliosentherapie und demonstrirt zahlreiche hierbei erforderliche Apparate.

Der Streit darüber, ob die Behandlung der Scoliose nur mit portativen Apparaten oder mit Gymnastik, Massage, Elektricität, Umkrümmungsapparaten etc. zu geschehen hat, ist jetzt dahin entschieden, dass Beides benutzt werden soll. Der bei detorquirter Wirbelsäule angelegte portative Apparat soll das erhalten, was die Mobilisation und Redression erreicht haben. Die Volkmann-Hueter'sche Theorie, derzufolge an der concaven Seite der Wirbelsäule eine Wachsthumshemmung durch den vermehrten Druck zu Stande kommt, während an der convexen eine Wachsthumsvermehrung eintritt, ist falsch. Gerade an der concaven, belasteten Seite findet sich compacte Knochenmasse und an der unbelasteten convexen ist durchaus kein Höhenwachsthum des Wirbels nachzuweisen. Vermehrter Druck bewirkt nicht Wachsthumshemmung sondern Wachsthumsvermehrung des Knochens (Wolff'sches Transformationsgesetz). Unter den gegebenen statischen Verhältnissen verändert sich die scoliotische Wirbelsäule in der Art, dass die gelenkige Verbindung der Wirbel unter einander fast aufgehoben wird, und ein rigider Stab gewissermaassen an ihre Stelle tritt. Diese Ankylose aufzuheben, die Wirbel wieder zu mobilisiren, bildet die erste Aufgabe der Therapie. Ohne diese Mobilisation ist jede Behandlungsweise nutzlos. Die Mobilisation erreichen wir durch den Lorenz'schen Wolm, die Beely'sche Schwinge und den Hoffa'schen Retorsionsrahmen (deren Wirkungsweise wird an einer Patientin demonstrirt). Lorenz selbst hat den Wolm falsch angewendet in seiner sogen. seitlichen Selbstsuspension. Jeder seitliche Druck auf die convexe Seite des scoliotischen Thorax ist aber direct schädlich, da der Rippenbuckel dadurch vergrössert wird. Darauf hat Hoffa aufmerksam gemacht. Alle genannten Apparate haben den Fehler, dass sie nur den hinteren Rippenbuckel angreifen. Diesem Mangel wird durch den Hoffa'schen Pelottenapparat abgeholfen. Die doppelte Schraube, ein wesentlicher Bestandtheil dieses Apparates, fehlte an dem im vorigen Semester von Herrn Anders demonstrirten Apparat.

Scoliotischen Kindern ist der Schulbesuch unbedingt zu untersagen, um die fortdauernde Einwirkung der die Scoliose bedingenden Schädlichkeit aufzuheben. Ausserdem ist der Schulbesuch bei den Ansprüchen an Kraft und Zeit, wie sie die Therapie stellen muss, eine directe Unmöglichkeit. Vortr. beschäftigt sich mit den Pat. 1½ Stunden Vormittags und 1½ Stunden Nachmittags. Zuerst eine reguläre Turnstunde, dann Ueben an den Apparaten und Einspannen in dieselben; Massage der Rückenmusculatur beschliesst dann das nicht leichte Tagewerk. Um Uebermüdung und Unlust zu vermeiden, sind häufige Unterbrechungen erforderlich. Es soll langsam und stetig bei den Uebungen vorgegangen werden.

Die Erkennung der Frühstadien der Scoliose muss von jedem Arzt verlangt werden. Es soll nicht nur die Dornfortsatzlinie abgetastet werden, sondern man hat auch zu achten auf Reliefdifferenzen des Rückens, auf Torsionen der Wirbelsäule und auf die Taillendreiecke. Reliefveränderungen des Rückens sind schon deutlich, wo Deviationen der Dornfortsatzlinie noch gar nicht bemerkbar sind. Das Anlegen eines Bleidrahtes entscheidet die Frage, ob Torsion vorhanden ist oder nicht. Nicht ge-

ung gerügt werden kann, wenn der Arzt nach Erkennung der Scoliose ohne weitere Vorbereitung der verkrümmten Wirbelsäule ein Corsett anlegt oder gar ein solches vom Bandagisten anlegen lässt. Solche Corsette sind nicht selten direct schädlich.

Herr Masing führt an, dass die Formen der Scoliose, bei denen eine Geradestreckung des Rückens noch möglich ist auch durch Massage und schwedische Heilgymnastik geheilt werden können. M. hat Heilungen von Scoliosen ersten Grades gesehen. Controlluntersuchungen auch nach Jahren bestätigten die Heilung. M. fragt an, ob es möglich sei mit Hülfe der demonstrirten Apparate auch schwerere Formen, bei denen schon Ankylosen vorhanden sind, zu bessern.

Herr Horn: Gegen die sogenannten Heilungen von Scoliose muss man sich durchaus skeptisch verhalten. Die Scoliosentherapie ist nicht im Stande vollständig normale Körper wiederherzustellen, wohl vermag sie aber die Schädlichkeiten und den kosmetischen Defect (Rippenbuckel) fortzuschaffen. Bei der Beurtheilung der Enderfolge der Therapie ist zu berücksichtigen, dass die Dornfortsatzlinie grade herunterlaufen kann während gleichzeitig eine enorme Torsion besteht. Bei der Scoliose 3. Grades, wo es zu einer vollständigen Verschmelzung der Wirbel durch Knochenspangen gekommen ist bleiben auch die Scoliosenapparate wirkungslos. Im 2. rigiden Stadium, das auch den Eindruck des Bestehens von Ankylosen machen kann, erreicht man immerhin noch etwas mit Hülfe der Apparate.

Herr Hagentorn spricht sich dahin aus, dass bei der Scoliosentherapie die gymnastischen Uebungen der Muskeln wichtiger sind, als die Methoden des Redressement. Er betont ferner, dass die Muskulatur beider Körperhälften ungleich stark entwickelt ist, worauf bei den Uebungen zu achten ist.

Herr Horn: Gymnastische Uebungen wirken nur auf die Muskulatur und Beweglichkeit, nicht auf die Verkrümmungen. Letztere werden mit Hülfe der Detorsionsrahmen behandelt. Zum Schluss werden die Kinder in Corsette gespannt, um das zu erhalten, was man durch Gymnastik und Detorsionsapparate gewonnen hat. Die Summe aller therapeutischen Maassregeln ergiebt erst die besten Resultate, nicht aber die gymnastischen Uebungen allein, da die Muskeln selbst eine verkrümmte Wirbelsäule nicht grade machen können. Selbstverständlich wird gleichzeitig eine hygienische und medicinische Therapie (Eisen, Leberthran etc.) eingeleitet.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Der Professor der Neurologie und Psychiatrie an der Universität Charkow, wirkl. Staatsrath Dr. P. J. Kowalewski, ist definitiv zum Rector der Warschauer Universität ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Moskauer Universität Collegienrath Dr. Popow ist zum Ehrenleibmedicus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in dem bisherigen Amte.

— Der Ehren-Leibchirurg des Allerhöchsten Hofes und Director der hiesigen Maximilian-Heilanstalt, Collegienrath Dr. Weljaminow, ist zum Oberarzt des Roshdestwenski-Barackenlazareths und zum Director der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg Gotha, für ambulante Kranke ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen. (Her.)

— Dr. G. G. Skoritschenko hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für allgemeine und experimentelle Pathologie an der genannten Academie habilitirt. S. ist Doctor der Medicin der militär-medicinischen Academie und Canditat der Naturwissenschaften der Neurussischen (Odessaer) Universität.

— Ernannt: der jüngere Arzt der ambulatorischen Abtheilung des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, Staatsrath Dr. Hörschelmann — zum älteren Arzt dieses Hospitals; das Ehrenmitglied des wirthschaftlichen Comités des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, Hofrath Dr. Feldt — zum älteren Arzt der Abtheilungen für Infectionskrankheiten an dem genannten Hospital.

— Verabschiedet auf seine Bitte: der stellv. Gebietsarzt des Turgai-Gebiets, Staatsrath Jurezki, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 21. October in Kasan der ehemalige Professor der Anatomie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. D. S. Jermolajew, im 51. Lebensjahre. Der Verstorbene, ein Schüler Prof. Gruber's von der medico-chirurgischen Academie, sah sich vor ca. 3 Jahren genöthigt, seine Lehrthätigkeit an der Kasanschen Universität wegen eines schweren Gehirnleidens aufzugeben. 2) Der Landschaftsarzt im Gouvernement Ufa W. F. Alferow im 31. Lebensjahre. 3) Der frühere Landschaftsarzt des Saratowschen Kreises. P. A. Nikolajew, im Alter von 48 Jahren. 4) In Paris der ausserordentliche Professor an der medicinischen Facultät und Arzt am Trousseau Kinderhospital, Dr. A. Legroux, im 55. Lebensjahre.

— Am 3. November n. St. beging der Professor der experimentellen Pathologie an der Wiener Universität Dr. Ritter v. Basch, sein 25-jähriges Docenten-Jubiläum an der genannten Universität. Zahlreiche Beglückwünschungen waren zu diesem Tage von in- und ausländischen Aerzten, die in seinem Laboratorium gearbeitet haben, eingelaufen. Durch seine Schriften über Physiologie und Mechanik und namentlich durch seinen Sphygmomanometer hat Prof. v. Basch sich einen Namen gemacht.

— Dem Docenten der Pharmakologie an der Bonner Universität, Dr. Dreser, ist der Professortitel verliehen worden.

— An Stelle des verstorbenen Professors Chr. Lemcke ist der durch seine wissenschaftlichen Arbeiten über Ohrenkrankheiten bekannte Frankfurter Arzt, Dr. Otto Körner, zum Professor der Ohrenheilkunde in die Universität Rostock berufen worden.

— Die Kaiserliche Leopoldinisch-Carolinische Deutsche Academie der Naturforscher (Sitz des Präsidiums in Halle a. S.) hat ihre goldene Cothenius-Medaille in diesem Jahre dem Professor der Physiologie in Würzburg, Dr. Adolf Fick, als demjenigen zuerkannt, welcher am wirksamsten in den letzten Jahren zur Förderung der Physiologie beigetragen hat. (A. m. C. Ztg.)

— Nach dem «Kiewskoje Sslowo» ist der Arzt Beifermann in der Stadt Tschigirin (Gouv. Kiew) zum Rabbiner gewählt worden. (Russ. med.) B. ist, wenn wir uns nicht irren, ein Schüler der Dorpater Universität, an welcher er im Jahre 1887 den Arztgrad erlangt hat.

— Der Chersson schen Landschaft sind vom Ministerium des Innern 40,000 Rbl. zum Bau einer Central-Irrenanstalt von 100 Betten für das Gouvernement bewilligt worden.

— Die Académie des sciences morales et politiques hat die Andiffred-Prämie im Betrage von 12,000 Frcs. dem Dr. Roux für seine Studien über die Behandlung der Diphtherie zuerkannt.

— Die medicinische Facultät von Bordeaux hat von dem Sohne eines früheren Arztes, welcher über 50 Jahre in dieser Stadt prakticirt hat, ein Capital von 100,000 Frcs. zur Errichtung eines Lehrstuhls für Gynäkologie bei der Facultät erhalten.

— Am 12. October vollendeten sich 25 Jahre des Bestehens der Warschauer Universität.

— Das evangelische Hospital für Frauen in Moskau, welches seit 10 Jahren besteht, hat nach dem letzten Rechenschaftsbericht im Jahre 1893 15,998 Rbl. eingenommen (davon 8784 Rbl. durch Collecten und Schenkungen) und 14.776 Rbl. ausgegeben. Im Laufe des ersten Decenniums sind in demselben 700 Kranke verpflegt worden, davon 489 unentgeltlich. 57 pCt. der Patienten waren der Confession nach Evangelische (meist Deutsche); die übrigen gehörten anderen Confessionen an; der Nationalität nach bildeten einen grossen Procentsatz Russinnen und Angehörige anderer Nationalitäten. Die Mortalität betrug 10 pCt.; als vollkommen genesen wurden 56 pCt. aller Kranken entlassen.

— Die Studentenschaft der Universität Freiburg hat beschlossen, dem Professor der Geburtshülfe an der dortigen Universität, Dr. Hegar, am Tage seines 30-jährigen Jubiläums einen glänzenden Fackelzug zu bringen.

— Die jungen Aerzte, welche soeben ihre Diplome an der Kiewer Universität erhalten, haben dem Decan der dortigen medicinischen Facultät, Prof. Heubel, eine Ovation in seinem pharmakologischen Laboratorium bereitet, als Ausdruck des Dankes für die ihnen während ihrer Studienzeit erwiesene freundliche Unterstützung. Bei den am 16. October beendigten Prüfungen vor der medicinischen Regierungs-Commission in Kiew haben sämmtliche 140 Personen, welche sich der Prüfung zur Erlangung des Arztgrades unterzogen, das Examen bestanden, darunter 17 eximia cum laude.

— Die St. Petersburger städtische Hospitalcommission hat sich bei der Prüfung des Budgets für das Jahr 1895 gegen die Bewilligung von Subventionen seitens der Stadt an verschiedene von Wohlthätigkeits-Gesellschaften unterhaltene Hospitäler ausgesprochen. Diese Subventionen betragen gegenwärtig gegen 60,000 Rbl.

— Die Ausgaben der Stadt Moskau für Krankenhäuser und medicinische Zwecke sind für das Jahr 1895 auf 1,327,865 Rbl. 26 Kop. veranschlagt, um 40,000 Rbl. mehr als im Jahre 1894. (Now. dnja-Russ. Med.)

— Die Choleraepidemie in Russland wird immer schwächer. Eine erhebliche Zahl von Erkrankungen und To-



desfällen weist nur noch Podolien auf, wo vom 16.—29. October 590 Personen erkrankten und 243 starben. Erloschen ist die Choleraepidemie in letzter Zeit in den Gouvernements: Plock, Grodno, Lomsha, Mohilew, Livland, Estland, Radom, Siedlce, Kostroma, Olonez, Pskow, in der Stadt und im Gouvernement Warschau, in Kasan, Rjasan und Samara.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. November d. J. 6149 (5 mehr als in der Vorwoche), darunter 173 Typhus — (9 mehr), 845 Syphilis — (65 weniger), 139 Scharlach (25 mehr), 39 Diphtherie — (12 mehr), 16 Masern — (2 mehr) und 25 Pockenkranke (8 mehr).

Vacanzen.

1) Zwei Landschaftsarztstellen im Ufaschen Kreise und zwar im Kirchdorfe Iglino mit einem jährlichen Gehalt von 1500 R. und freier Wohnung, und auf der Fabrik Blagoweschtschenskoje mit 1200 R. Gehalt. Adresse: «Уфимская Земская Управа».

2) Die Saratowsche Gouvernements-Landschaft sucht 2 Aerzte für die Zeit bis zum Februar 1895. Gehalt 150 Rbl. monatlich, Hin- und Rückreise mit der Eisenbahn (II. Classe) auf Kosten der Landschaft. Adresse: «Саратовская Земская Управа».

3) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Sterlitamak (Gouv. Ufa). Gehalt 1200 Rbl. jährl. Die Aerzte müssen orthodoxer Confession sein. Adresse; «Стерлитамакская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. October bis 5. November 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
258	203	461	102	30	70	21	8	4	30	43	37	37	37	35	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 19, Diphtherie 19, Croup 5, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 39, Todtgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. November.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. November.

Дозв. ценз. Спб. 12 Ноября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 19. November (1. December) 1894

Die Syphilis des Herzens.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

Vorgetragen auf dem VI. livländischen Aerztetag zu Wolmar am 5. September 1894.

M. H.! Je mehr es uns gelingt, in die Pathologie der Syphilis einzudringen, desto mehr erkennen wir, dass die Rolle, welche die syphilitische Infection spielt, nicht damit abgeschlossen ist, dass sie diejenigen specifischen Gewebsveränderungen und Krankheitsprocesse hervorruft, die wir in das Schema der Primäraffection, der secundären Allgemeinerkrankungen und der tertiären oder tardiven Krankheitserscheinungen unterbringen, sondern dass die Bedeutung dieser Seuche viel weiter reicht. Ich sehe hier ab von solchen Erkrankungen, wie z. B. der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse der Irren, deren Zusammenhang mit der Syphilis zwar zweifellos, aber in seinen einzelnen Gliedern noch nicht klargelegt ist, und deren Zahl sich in Zukunft vielleicht noch vermehren wird. Ich denke vielmehr an solche Erkrankungen, die zwar an sich nicht syphilitischer Natur sind, aber doch genetisch in einer nahen Abhängigkeit von syphilitischen Krankheitsprocessen stehen, in sofern, als sie durch die letzteren hervorgerufen und verursacht werden. Unter diesen Verursachern späterer secundärer Erkrankungen spielen die syphilitischen Veränderungen des Gefässsystems zweifellos die Hauptrolle.

Es ist Ihnen, meine Herren, bekannt, dass die kleineren und kleinsten Arterien in Folge der luetischen Allgemeininfection einer specifischen Erkrankung unterliegen, die zuerst von Heubner als Endarteriitis syphilitica beschrieben worden ist. Dieselbe äussert sich in einer fortschreitenden Wucherung und Verdickung der Intima, die schliesslich zu einer vollkommenen Obliteration der Gefässlichtung führen kann, und es liegt auf der Hand, dass hierdurch schwerwiegende Ernährungsstörungen in den betroffenen Organen und Geweben hervorgerufen werden müssen. Am besten sind uns diese Veränderungen am Gehirn bekannt, wo wir es bekanntlich in Folge der syphilitischen Infection nicht nur mit gummösen Erkrankungen der Meningen und der Gehirnsubstanz, sondern auch mit einer an sich nicht syphilitischen Gehirnerweichung in Folge von Arteriitis syphilitica zu thun haben können. Analog liegen die Verhältnisse wohl in allen Organen und Organsystemen des Körpers. Ich erinnere nur an die Leber (Lebergummata und sog. syphilitische Lebercirrhose) und die Nieren (Gummata und arteriosclerotische Schrumpfniere auf syphilitischer Basis)

Es sei mir gestattet, als Gegenstand der heutigen Besprechung ein Organ herauszuheben, an dem syphilitische Erkrankungen nur selten beobachtet werden und daher nur wenig bekannt sind, an dem sich aber das eben Gesagte gleichfalls bestätigen lässt. Ich meine das Herz.

Das Verdienst, zuerst aus den in der Literatur niedergelegten Einzelbeobachtungen eine zusammenfassende Darstellung der syphilitischen Erkrankungen des Herzens versucht zu haben, gebührt meines Wissens T. Lang[1]), dessen Monographie im Jahre 1889 erschien. Im Jahre 1893 hat sodann F. Mracek[2]) eine vollständigere Zusammenstellung der Literatur in einer fleissigen Arbeit gegeben, welche sowohl die pathologische Anatomie als die Klinik der Herzsyphilis berücksichtigt. In einem kurzen aber lehrreichen Aufsatz hat schon früher Sacharjin[3]) die Diagnostik und Therapie der Lues des Herzens besprochen.

Die anatomischen Veränderungen der Herzsyphilis betreffen in erster Linie das Muskelfleisch, das Myocard, und wenn auch das Endocard und Pericard häufig mit erkranken, so beruht das doch meist nur auf einem Uebergreifen des Krankheitsprocesses von dem Herzmuskel auf die äussere und inwendige Ueberkleidung desselben. Wie überall, so äussert sich auch am Herz-

[1]) T. Lang. Die Syphilis des Herzens. Wien. 1889.
[2]) F. Mracek. Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1893. Ergänzungsheft II.
[3]) Sacharjin. Klinische Abhandlungen. Berlin. Hirschwald. 1890.

fleisch die syphilitische Erkrankung zunächst in der Bildung des specifischen infectiösen Granulationsgewebes in Form einer röthlich-grauen Einlagerung, welche mikroskopisch aus Rundzellen besteht und hie und da grössere epithelioide Zellen und vereinzelte Riesenzellen enthält. Charakteristisch ist hier wie überall, dass die Zelleninfiltration sich mit Vorliebe um die feineren Gefässe entwickelt und von hier aus in die Bindegewebsinterstitien zwischen den Muskelzügen und Muskelfasern hineinwuchert. Wo das geschieht, da geht die Muskelmasse durch Atrophie zu Grunde. Die weitere Umbildung des syphilitischen Granulationsgewebes gestaltet sich nun in den einzelnen Fällen verschieden.

Es kann erstens zur Bildung compacter, circumscripter geschwulstähnlicher Massen kommen, in deren Centrum die charakteristischen regressiven Veränderungen der Zellnekrose stattfinden, durch welche die Granulationsmasse schliesslich in typische Gummaknoten umgewandelt wird. Stets finden wir, dass in der Umgebung solch eines Gumma das Granulationsgewebe sich weiter entwickelt und sich zu richtigem, organisirtem Bindegewebe umbildet. So zeigt sich das Gumma des Herzens stets von einer Schwiele eingeschlossen, die ihre Züge wie polypenähnliche Fangarme, weit in die noch erhaltene Muskulatur hinein erstrecken kann. Diese Gummaknoten können bis haselnuss- und wallnussgross werden und ergreifen nicht nur die Muskelwand, sondern können auch in den Trabekeln und Papillarmuskeln sitzen. — Wie hier die Gummabildung, so überwiegt in anderen Fällen die Bindegewebsbildung, so dass mehr oder weniger ausgedehnte Herzschwielen entstehen, in deren Centrum nur kleine, linsengrosse oder kleinste, mikroskopische Herde gummöser Käsemasse sitzen. Wir können diesen Process als interstitielle gummöse Myocarditis bezeichnen. Es kann sich drittens das syphilitische Granulationsgewebe auch vollkommen zu Bindegewebe organisiren ohne alle gummöse Zellnekrose, und das Resultat ist dann die Bildung eines derben fibrösen Bindegewebes, welches bald mehr diffus zwischen die Muskelbündel eingelagert ist, bald mehr disseminirt und circumscript in die Substanz des Herzfleisches eingesprengt ist und sich in nichts von den sog. Herzschwielen unterscheidet, welche bei der gewöhnlichen, schwieligen Myocarditis entstehen. — Endlich können ohne alle specifische Granulationsbildung die feineren und feinsten Zweige der Coronararterien in grösseren oder kleineren Abschnitten an der schon erwähnten obliterirenden Endarteriitis syphilitica erkranken. Der Verschluss der Gefässe führt dann in dem zu ihnen gehörenden Ernährungsbezirk zur anämischen Nekrose der Muskelsubstanz und zur Resorption derselben. An ihrer Stelle bleibt schliesslich eine sehnig glänzende Narbe. Es ist derselbe Process, wie bei der gewöhnlichen Sclerose der Coronararterien mit nachträglicher herdweiser Myomalacie und Schwielenbildung, nur dass hier die Ursache der primären Gefässerkrankung in der syphilitischen Infection zu suchen ist. Da die Herzwand an der Stelle, wo die Schwiele sitzt, der Muskelkraft beraubt ist, mit welcher sie dem endocardialen Blutdruck widersteht, so kann an der Stelle der Schwiele eine Ausbuchtung der Herzwand, ein partielles Herzaneurysma entstehen, welches natürlich die Gefahr der Herzruptur mit sich führt. Andrerseits wird dieser partielle Ausfall an Muskelkraft wie überall durch Dilatation und Hypertrophie der noch erhaltenen Herzwand compensirt.

Die anatomische Diagnose der durch die Syphilis des Herzens gesetzten Veränderungen ist leicht, sobald charakteristische Gummabildungen vorhanden sind; sehr schwierig wird sie aber, wenn nur myocarditische Schwielenbildungen vorliegen, denn diese unterscheiden sich in nichts von der gewöhnlichen fibrösen Myocarditis. Nur wenn wir zugleich eine starke Hyperplasie der Intima der Gefässe finden, so spricht diese Gefässerkrankung eher für die syphilitische Natur des Processes, denn bei der gewöhnlichen schwieligen Myocarditis pflegt sie nur in geringem Grade vorhanden zu sein.

Die syphilitischen Veränderungen des Pericard gehören zu den häufigsten Begleiterscheinungen der luetischen Erkrankung des Herzmuskels. Wenn die syphilitische Granulationsgeschwulst unter dem Epicard sitzt oder sich bei weiterem Wachsthum der Herzoberfläche nähert, so wird dasselbe in Mitleidenschaft gezogen. Es kommt zu einer mehr oder weniger circumscripten Gewebsproliferation, durch welche das Epicard über der syphilitischen Neubildung verdickt wird, und oft sieht man an solchen Stellen auch gummöse Veränderungen: kleine, flache oder bucklige, gelblich opake Knotenbildungen und Vorwölbungen, durch welche die Herzoberfläche ein unregelmässiges Aussehen gewinnt (gummöse Pericarditis). In anderen Fällen fehlt die Gummabildung und es besteht nur eine mehr diffuse Verdickung und Trübung des Epicard, auf welchem sich auch fibrinöse Massen niederschlagen können; zuweilen bilden sich auch partielle Adhäsionen oder ausgedehntere Verwachsungen der Pericardialblätter, flüssige Exsudate werden jedoch hierbei im Herzbeutel nicht beobachtet.

Analoge Veränderungen finden sich auch am Endocard. Entsprechend der Ausbreitung der gummösen oder schwieligen Erkrankung der Muskelwand erkennt man eine Mitbetheiligung des Endocards, in welchem sich gelbliche oder weisse, oft knorpelharte plattenförmige Verdickungen bilden, welche aus fibrösem Gewebe mit oder ohne Einlagerung gummöser Massen bestehen. Sie sitzen auf der Herzwand oder an den Trabekeln, und zeigen eine unregelmässig höckerige, mit derben Knötchen besetzte Oberfläche (gummöse Endocarditis). Die Klappen selbst pflegen intact zu sein, und wenn sich auch an diesen Verdickungen zeigen, so sitzen sie an der Anheftungsstelle der Klappen, und nicht am freien Rand derselben und werden durch gummöse und schwielige Neubildungen hervorgerufen, welche sich an den Herzostien im Myocard niedergelassen haben und von hier auf die Klappenmembran übergreifen. Eine eigentliche, durch Verwachsung der Klappen bedingte Stenose oder eine durch Schrumpfung bewirkte Insufficienz wird dabei nicht beobachtet.

Bei der hereditären Syphilis kommen dieselben Veränderungen am Herzen vor, wie bei der später acquirirten. Dieselben sind aber sehr selten und unter 150 Sectionen von syphilitischen Säuglingen, die in der ersten Lebenswoche gestorben waren, hat Mracek nur vier Fälle von Herzsyphilis gesehen. Viel häufiger findet sich bei solchen Kindern eine diffuse fettige Degeneration des Herzmuskels; dieselbe ist aber auf den allgemeinen elenden Ernährungszustand der Kinder zurück zu führen und hat direct nichts mit der Syphilis zu thun.

Ueber die klinischen Symptome und den Verlauf der syphilitischen Herzaffectionen ist in den gebräuchlichen Hand- und Lehrbüchern keine Auskunft zu erhalten, und auch die Specialwerke über Syphilis geben nur kurze, unvollständige Daten, aus denen sich eine abgerundete Anschauung von diesen Erkrankungen nicht gewinnen lässt. Die Krankheit ist eben sehr selten und die einschlägigen Beobachtungen finden sich in der italienischen, französischen, englischen und deutschen Literatur so zerstreut, dass es dem Einzelnen fast unmöglich ist, sich mit denselben bekannt zu machen. Erst Mracek hat sich das Verdienst erworben, eine vollständige Zusammenstellung der publicirten Fälle in ausführlichen Referaten mit sachverständiger Kritik geliefert zu haben. Danach sind etwa 60 sichere, durch die Obduction beglaubigte Fälle vom Herzsyphilis bekannt und ausserdem etwa 20 Beobachtungen, in denen die Diagnose einer syphilitischen Herzaffection auf Grund der Ana-

mnese und des Erfolges der specifischen Behandlung wohl sehr wahrscheinlich ist.

Leider sind sehr viele dieser 80 Fälle erst auf dem Sectionstisch erkannt worden, und auch bei den übrigen sind die Angaben über die intra vitam beobachteten Störungen oft sehr mangelhaft, so dass sie nur mit Vorsicht verwerthet werden können. Dennoch gelingt es bei einer aufmerksamen Durchsicht des ganzen Materials, sich ein einigermassen klares Bild vom Verlauf und den klinischen Symptomen der Herzsyphilis zu machen.

Aus der vorstehenden Schilderung der pathologischen Anatomie der Herzlues geht hervor, dass uns bis jetzt nur solche Veränderungen bekannt sind, die dem tardiven, gummösen Stadium der Syphilis angehören. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass manche klinische Erfahrungen dafür sprechen, dass auch in der secundären Periode und besonders zur Zeit des Ausbruchs der ersten Allgemeinsymptome das Herz sich an den, den gesammten Organismus ergreifenden Störungen betheiligen kann. Oefters beobachtet man um diese Zeit bei Individuen, die sonst nie am Herzen gelitten hatten, leichtere oder schwerere Anfälle von Herzklopfen, Herzdruck und Präcordialangst, die bei einer specifischen antisyphilitischen Behandlung ebenso verschwinden wie die Symptome auf der Haut. Ob es sich hierbei lediglich um functionelle Störungen handelt, die etwa durch eine toxische Wirkung des im Körper kreisenden syphilitischen Virus auf die automatischen Herzcentra hervorgerufen werden, oder ob auch im und am Herzen rasch vergängliche, ohne Narbenbildung resorbirbare Zellneubildungen auftreten, wie sie z. B. auf den Schleimhäuten vorkommen, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden, da autoptische Befunde fehlen.

Ernstere Störungen der Herzthätigkeit werden wohl nur in den spätern Stadien der Syphilis beobachtet. So viel aus der bisherigen Casuistik ersichtlich ist, fallen dieselben vorzugsweise in das 4. bis 10. Jahr nach der syphilitischen Infection, wenngleich auch noch spätere Erkrankungen beobachtet worden sind. Das stimmt mit den anatomischen Befunden, die in die Rubrik der tardiven Veränderungen hineingehören gut überein. Wie wir sahen, handelt es sich in erster Linie um eine Erkrankung des Myocard, die, wie ich an dieser Stelle hinzufügen kann, mit Vorliebe den linken Ventrikel, aber oft auch den rechten, und nicht selten beide Herzhälften befällt. Sie führt zu partiellen, oder auch mehr diffusen Zerstörungen der Muskelmasse des Herzens, die durch Bindegewebe, resp. durch eingelagerte Gummaknoten ersetzt wird. Wenn wir so schon anatomisch eine sehr ausgesprochene Analogie mit der gewöhnlichen schwieligen Myocarditis constatiren konnten, so wird es uns nicht Wunder nehmen, dass auch die klinischen Symptome der Herzsyphilis eine fast bis zur Identität gehende Uebereinstimmung mit jener Erkrankung zeigen.

Hier wie dort beobachten wir Störungen der Herzrhythmik und die Zeichen der verminderten mechanischen Leistungsfähigkeit des Herzmuskels, die bald mehr auf den einen oder den andern Ventrikel, bald mehr auf das ganze Herz zu beziehen sind. Die Kranken klagen oft über Herzklopfen, das anfallsweise, ohne ersichtliche Gelegenheitsursache auftreten kann, oder auch mehr permanent ist und durch die verschiedensten Einflüsse psychischer oder somatischer Natur, kleine Aufregungen, geringe Körperanstrengungen und ähnliches hervorgerufen oder verstärkt wird. Der Puls ist oft unrhythmisch oder ungleich, zeigt Intermissionen oder Bigeminie und kann alle Formen der Irregularität annehmen. Dabei braucht nicht alle Mal die Blutcirculation sehr zu leiden; man sieht nicht so selten Kranke, die trotz einer sehr hochgradigen Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit weder cyanotisch sind noch an Oedemen leiden. Stärkern Anforderungen ist das Herz freilich auch in diesem Zustand nur selten gewachsen, Treppensteigen bewirkt Oppressionsgefühl und Kurzathmigkeit, das Heben einer schweren Last oder die Bauchpresse bei der Defäcation rufen stenocardische Anfälle hervor. Oft treten solche Anfälle auch ganz unerwartet auf, so dass die Kranken plötzlich anscheinend aus vollkommener Gesundheit in die höchste Lebensgefahr gerathen und einem sogenannten Herzschlage erliegen können.

Oefter aber ist die Herabsetzung der Herzkraft, besonders des linken Ventrikels, deutlich; die Füllung der grossen Körperarterien ist gering, der Puls klein und die Ueberlastung des kleinen Kreislaufes äussert sich in permanenter Dyspnoe und chronischen Stauungskatarrhen der Luftwege. Ist auch der rechte Ventrikel befallen, oder wird er in Folge der Leistungsunfähigkeit des linken secundär insufficient, so führt die Rückstauung im grossen Kreislauf zur Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Leber, zu Stauungskatarrhen des Verdauungstractus, Dyspepsie, Meteorismus, Verstopfung und schliesslich zu allgemeiner Cyanose und hydropischen Erscheinungen. So entwickelt sich allmählich das Bild der chronischen Herzschwäche, das ich Ihnen nicht näher zu schildern brauche. Objectiv lässt sich dann meist die Dilatation des ganzen Herzens oder seiner einzelnen Abschnitte leicht nachweisen, ohne dass Symptome von organischen Klappenfehlern vorhanden wären. Charakteristisch für dieses Stadium der dauernden Herzinsufficienz sind die plötzlichen, unerwarteten Steigerungen derselben, die sich in Anfällen von Cardialasthma, oder Präcordialangst oder in den quälenden Ausbrüchen der Angina pectoris äussern. Zwischen diesen Anfällen können Zeiten relativen Wohlbefindens liegen, aber oft bleibt solch ein Anfall auch der einzige, indem er rasch in complete Herzlähmung und Herzstillstand übergeht und der Kranke unter kurzen, schweren Leiden oder auch ganz plötzlich stirbt.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass sich ein einheitliches Bild des Verlaufes der Herzsyphilis nicht geben lässt. Oft ist der Kranke sich seines gefährlichen Leidens nicht bewusst, und wenn der Tod, wie schon angedeutet, in einem überraschenden stenocardischen Anfall, oder apoplectiform durch Syncope des Herzens erfolgt, dann lehrt erst die Section die Todesursache kennen. Dergleichen ist ja bekanntlich schon bei der gewöhnlichen Myocarditis und Coronarsclerose nicht selten, aber ganz besonders häufig bei den syphilitischen, gummösen Erkrankungen des Herzens. Mracek hat in 58 Fällen erwiesener Herzsyphilis 21 gefunden, die durch plötzlichen Tod endeten.

In andern Fällen können die Kranken unter den Erscheinungen der chronischen Herzinsufficienz allmählich zu Grunde gehen.

Aber nicht immer ist der Verlauf ein so ungünstiger. Die syphilitische Granulationsgeschwulst hat kein andauerndes Wachsthum, sondern macht zeitweilig oder auch für immer Stillstände, geht regressive Metamorphosen ein und kann sich zu Narbengewebe organisiren. Dem entsprechend kann, ganz wie bei der gewöhnlichen schwieligen Myocarditis, auf alle Zeichen einer schweren Muskelerkrankung des Herzens eine Zeit der Ruhe und auch völlige Genesung folgen, wenn nämlich die syphilitische Neubildung sich organisirt hat, der durch dieselbe gesetzte Muskeldefect durch compensatorische Hypertrophie ersetzt ist und der Sitz des Erkrankungsherdes weiter keine Störungen bewirkt. Es ist auch eine völlige, oder fast völlige Resorption der Infiltrate ohne Bildung eines grössern Narbenherdes nicht ausgeschlossen, besonders bei einer specifischen Behandlung mit Jodkali oder Quecksilber.

Sie sehen, m. H., dass wir leider nicht im Stande sind aus den Symptomen und dem Verlauf der Herzsyphilis pathognomonische Erkennungszeichen dieser Krankheit abzuleiten. Die Diagnose muss daher aus den anam-

mnestischen Daten und einer etwaigen gleichzeitigen syphilitischen Erkrankung andrer Organe erschlossen werden. Die frühzeitige Erkenntniss der Krankheit ist aber von der grössten praktischen Wichtigkeit, denn sie giebt uns die Indication für die einzig erfolgreiche Behandlung mit Specificis. Wenn also ein Mensch, welcher nachweislich syphilitisch inficirt ist, mit Herzbeschwerden erkrankt, ohne dass ein Klappenfehler oder die gewöhnlichen Ursachen für ein sonstiges Herzleiden (Gelenkrheumatismus, Nierenschrumpfung, Lungenemphysem, Alkoholismus) vorliegen, so haben wir ein Recht an Herzsyphilis zu denken, um so eher, wenn er jung ist und Coronarsclerose als Alterserscheinung nicht wahrscheinlich ist. Die Diagnose wird um so plausibler, wenn die gewöhnliche Behandlung (Ruhe, Diät und etwa Digitalis) erfolglos bleibt. Dann hat man das Recht, und ich glaube auch die Pflicht nicht länger zu warten, sondern eine specifische Behandlung einzuleiten. Dass man dabei vortreffliche Resultate erzielen kann, das lehren die Fälle, welche Sacharjin in Moskau veröffentlicht hat, und von denen ich Ihnen einen referiren möchte.

Ein Mann von 37 Jahren, der vor 2 Jahren syphilitisch inficirt und danach mit Quecksilber behandelt worden war, erkrankte eines Nachts plötzlich mit einem Anfall von Angina pectoris. Um dieselbe Zeit traten Schmerzen in den Tibien auf. Gebrauch von Quecksilberpillen, wonach die Knochenschmerzen schwinden. Acht Monate später ein zweiter Anfall von Angina pectoris. 3 Wochen später Athemnoth und Oedem der Füsse. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich Obstipation, vergrösserte. schmerzhafte Leber, Ascites, Oedeme der Extremitäten, Corpulenz. Puls 120, schwach, arhythmisch. Herzdämpfung nach rechts verbreitert, schwaches systolisches Geräusch auf dem Sternum, Orthopnoë, Rasselgeräusche in den abhängigen Lungenpartien; deprimirte Gemüthsstimmung, Gedächtnissschwäche, Druckempfindlichkeit der Waden und äusserste Schwäche aller Bewegungen, besonders der Füsse. Einschränkung der flüssigen und festen Nahrung, Wein, Excitantien und Digitalis hatten keinen nennenswerthen Erfolg. Darauf wurde 2 Wochen lang Jodnatrium (3,0 bis 4,0 p. die) gebraucht und eine wesentliche Besserung erzielt. Die tägliche Harnmenge stieg auf 4000 Ccm., die Oedeme schwanden, die Athmung wurde frei, der Schlaf ruhig, Puls regelmässig und kräftig, die Leber verkleinerte sich und war nicht mehr schmerzhaft. Da jedoch die Parese der Beine und die Gedächtnissschwäche fortdauerten, und auf eine syphilitische Erkrankung des Nervensystems bezogen wurden, so wurde das NaJ. nach einer kurzen Unterbrechung energisch (4,0 bis 7,5 p. die) 2½ Wochen weiter gebraucht, und schliesslich noch eine kurze Inunctionskur hinzugefügt. Während derselben schwanden auch die nervösen Symptome, und die früher vermissten Patellarreflexe kehrten wieder. Die Herzdämpfung verkleinerte sich zur Norm.

Neben der Herzerkrankung lag hier zugleich Syphilis des Nervensystems und wahrscheinlich auch eine syphilitische Erkrankung der Leber vor. Für uns ist die Beseitigung der Erscheinungen von Seiten des Herzens in erster Linie von Interesse, denn sie bestätigt nachträglich die Diagnose der Lues des Herzens.

Mit der Diagnose der Erkrankung sind auch die therapeutischen Indicationen gegeben. Sind die Erscheinungen bedrohlich, so ist eine energische Schmierkur und der gleichzeitige Gebrauch von NaJ. und KJ. in grossen Dosen angezeigt; sind sie weniger ängstlich so kann man erst Hg. gebrauchen und dann Jod nachfolgen lassen, oder auch umgekehrt. Nach 3 bis 5 Monaten muss die Kur, wie auch Sacharjin es thut, wiederholt werden, auch wenn die Beschwerden sich nicht wiederholt haben. Natürlich muss die diätetische Behandlung gleichzeitig nach denselben Principien eingerichtet werden, wie bei allen sonstigen Muskelerkrankungen des Herzens.

Sollte es sich auch bei der specifischen Behandlung ereignen, dass die Erscheinungen sich nicht bessern und der Kranke dennoch zu Grunde geht, so kann das daran liegen, dass die syphilitischen Krankheitsproducte nicht mehr resorbirbar, oder die Zerstörungen in der Herzwand zu gross und irreparabel sind, oder es ist auch möglich, dass man sich in der Diagnose geirrt und keine syphilitische Herzaffection vorgelegen hat. Ich glaube jedoch, dass der Arzt sich im letzten Fall keine Vorwürfe wegen der Behandlung zu machen braucht. Wie bei der Hirnsyphilis, so wird man auch hier gut thun, lieber ein Mal eine Schmierkur unnütz zu verordnen, als die völlige Klärung des Thatbestandes abzuwarten und dann mit der specifischen Behandlung zu spät zu kommen.

Die Franzosen haben den Gebrauch von KJ. schon lange empfohlen, in Fällen, wo die Symptome einer chronischen Myocarditis oder Coronarsclerose vorliegen, und auch in Deutschland ist der Gebrauch dieses Mittels bei derartigen Erkrankungen seit Sommerbrodt's Empfehlung wohl ziemlich allgemein geworden. Dass man damit in der That öfters treffliche Erfolge erzielen kann habe auch ich erfahren. Sollte es hier nicht häufiger als wir es jetzt vielleicht ahnen, um leichtere occulte Fälle von Herzsyphilis handeln, sei es nun eine gummöse Erkrankung oder eine syphilitische Endarteritis der Kranzgefässe? Wenn man es sich zur Pflicht macht bei der Aufnahme der Anamnese stets nach vorhergegangener Syphilis zu fahnden, so wird sich diese bis jetzt nicht zu entscheidende Frage vielleicht bald klären. Welch wichtige ätiologisch interessante und therapeutisch bedeutungsvolle Resultate mit Hilfe verständiger anamnestischer Erhebungen speciell in Bezug auf die Syphilis der inneren Organe zu gewinnen sind, das haben Sie, m. H., soeben aus dem Vortrag meines Herrn Vorredners an einem neuen Beispiel ersehen können [4]).

Referate.

Prof. Friedrich Renk: Die neue Beleuchtung der Universitätsauditorien in Halle a. S. Berlin 1894. Aug. Hirschwald.

Die Ergebnisse der Arbeit des Verf.'s lassen das Auer'sche Gasglühlicht als eine Errungenschaft der Beleuchtungstechnik von grösster Tragweite für die Gesundheit erscheinen. Da sich alle Schlüsse auf genaue wissenschaftliche Untersuchungen stützen und die neue Beleuchtung sich in der Universität Halle zur Zufriedenheit aller Lehrer und Lernenden bewährt hat, so verdient die kleine Brochüre wohl die Beachtung aller derjenigen, welche über die Einführung der einen oder anderen Beleuchtungsweise in Arbeitsräumen jeder Art zu entscheiden haben.

Der Gasverbrauch eines Auer'schen Glühlichts ist um 50 pCt. geringer, als der eines Argandbrenners. R. berechnet, dass in Folge dessen schon im ersten Jahr die Kosten der neuen Brenner nebst Augenschützern durch die Gasersparniss gedeckt worden. Die Luftverderbniss ist dem Gasverbrauch entsprechend geringer. Die Kohlensäureentwickelung ist sogar über 50 pCt. geringer, während die Wärmezunahme in den unteren Schichten des Zimmers gerade 50 pCt., an der Decke auch über 50 pCt. geringer ist. Dazu kommt, dass die übelriechenden unvollkommenen Verbrennungsproducte, die bei den bisher üblichen Brennern bei langandauerndem Brennen der Gasflamme sich sehr unangenehm bemerklich machen, bei dem Gasglühlicht ganz fehlen, weil die Verbrennung des Gases stets eine vollkommene ist. Auch findet selbst bei starkem Wechsel des Gasdruckes nie ein Blaken der Flamme statt, da die Mischung von Gas und Verbrennungsluft immer eine entsprechende, zur vollkommenen Verbrennung genügende bleibt. Die vergleichende Messung der Lichtstärke mittelst des Weber'schen Photometers ergab für den Schnittbrenner 14,2 Normalkerzen, für den Argandbrenner 29,6 und für das Gasglühlicht 55,9. Letzteres erzeugt also 4 Mal mehr Licht als der erste, 2 Mal mehr Licht als der zweite Brenner; da er gleichzeitig aber nur die Hälfte der Gases beansprucht, so nützt er es 8 Mal mehr aus als der erste, 4 Mal mehr als der zweite Brenner. Die Zunahme der Helligkeit auf den im Zimmer befindlichen Tischen erwies sich als nicht ganz diesen Zahlen entsprechend. Bei Ersatz eines Argandbrenners durch ein Gasglühlicht war der Lichtzuwachs gerade unter der Lampe 34 pCt., 50 Cm. seitlich 46 pCt., 100 Cm. seitlich 54,5 pCt.,

[4]) Herr Dr. Hampeln hatte auf Grund anamnestischer Erhebungen nachgewiesen, dass das Aortenaneurysma sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Individuen entwickelt, die nachweislich syphilitisch inficirt gewesen sind.



150 Cm. seitlich 85,9 pCt. und 200 Cm. seitlich 140 pCt.; er nahm also seitlich bedeutend zu. Dies erklärt sich durch die conische Form des Gasglühlichts, das seine Strahlen mehr zur Seite und nach oben, als nach unten sendet. Sind mehrer Lampen in einem Zimmer, so gleicht sich diese ungleichmässige Lichtausstrahlung aus; für die indirecte resp. gemischte Beleuchtung ist sie sogar von Vortheil. Als Uebelstand des Gasglühlichts ist sein Glanz zu bezeichnen, der 4 Mal stärker ist, als der des Argandbrenners (2 Mal mehr Licht bei 2 Mal kleinerer Fläche), doch lässt sich dem durch Abblenden mittelst mattem oder Milchglase abhelfen. Zu erwähnen ist noch, dass das Gasglühlicht sehr ruhig und zum Mikroskopiren und Untersuchen von Nase, Kehlkopf etc. geeignet ist.

Schon vor Einführung des Gasglühlichts hatten die Uebelstände der directen Beleuchtung der Tische in den Hörsälen (weissbemalte Blechschirme über den 1 Meter über den Tischen angebrachten Flammen der Argandbrenner) R. veranlasst Versuche mit der indirecten Beleuchtung zu machen. Jene Uebelstände bestanden hauptsächlich in der Ungleichmässigkeit der Vertheilung des Lichts, ungenügender Helligkeit auf einem grossen Theil der Plätze, Erzeugung von Schatten durch den Kopf oder die Hand des Schreibenden oder durch den Körper des Vormannes (wodurch 20—50 pCt., ja selbst 80 pCt. Helligkeitsverlust entstehen kann), in der zu geringen Höhe der Lampen über den Köpfen der Hörer und endlich in der Blendung von Lehrern und Hörern beim Aufsehen. Diese Uebelstände liessen sich durch die reine indirecte Beleuchtung (Metallreflectoren unter den Flammen, Reflexion des Lichtes von der weissen Decke und den Wänden) fast alle beseitigen, nur war der Lichtverlust ein so grosser (zwei Drittel), dass selbst bei Regenerativbrennern die Helligkeit auf allen Plätzen eine absolut ungenügende war (hygienische Forderung für jeden Platz 10 Meterkerzen). Bei Ersatz der Metall- durch Milchglasreflectoren, die einen Theil des Lichtes durchlassen und somit eine gemischte, directe und indirecte Beleuchtung bewirken, betrug der Helligkeitsverlust nur 30 pCt. und die Beleuchtung auf den Plätzen war bei Regenerativbrennern genügend. Diese entwickeln aber für Hörsäle eine zu grosse Hitze, sind daher unbrauchbar; Argandbrenner dagegen liefern für die gemischte Beleuchtung zu wenig Licht oder verschlechtern die Luft zu sehr, wenn sie in für die Helligkeit genügender Anzahl vorhanden sind. Alle diese Uebelstände fallen beim Gasglühlicht weg, da es sehr lichtstark ist und die Luft wenig verdirbt. Es eignet sich daher besonders für die in allen Hörsälen durchaus erwünschte gemischte Beleuchtung. Bei Anbringung der Brenner 3,15 Meter über den Tischen und Schutz der Flamme durch Milchglaskugeln ergab sich auf den Tischen eine mittlere Helligkeit von 17,3 Meterkerzen; die Beleuchtung des ganzen Raumes war eine sehr gleichmässige, es waren nirgends scharfe Schatten vorhanden, ferner keine directe Hitze und keine Blendung.

Was nun endlich den Vergleich des Gasglühlichtes mit dem electrischen Licht anbetrifft, so verdient das letztere natürlich darin den unbedingten Vorzug, als es die Luft absolut nicht verdirbt. Die Kosten desselben sind aber so gross, dass sich schon die Einführung der üblichen directen Beleuchtung mit demselben höher stellen, als die gemischte Beleuchtung mittelst des Gasglühlichtes. Wollte man die letztere durch electrisches Licht herstellen, so müsste an Stelle jedes Gasglühlichtes eine electrische Glühlampe von 56 Kerzen Helligkeit gesetzt werden, was ganz unverhältnissmässig höhere Kosten verursachen würde. So lange daher die Herstellungskosten des electrischen Lichtes nicht bedeutend vermindert sein werden, verdient das Gasglühlicht den Vorzug vor dem electrischen.

(Die in letzter Zeit immer häufiger auftretenden Klagen über das electrische Licht sind hervorgerufen durch die übliche Verwendung desselben zu directer Beleuchtung, von deren oben erwähnten Uebelständen sich bei dem hellen Glanze des electrischen Lichtes besonders die Blendung geltend macht. Ref.).

Schroeder.

Freyhan: Ein Fall von Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung. (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 36).

Die in der Literatur bekannten Fälle von angeblicher Ausheilung der tuberculösen Meningitis geben zu berechtigtem Zweifel Anlass, da bekanntlich Irrthümer in der Diagnose sehr leicht unterlaufen können. Verf. hat aber einen Fall von Heilung der Meningitis tuberculosa beobachtet, bei dem die Diagnose ausser Zweifel gestellt werden konnte. Es handelte sich um einen 20-jährigen Arbeiter, der mitten im besten Wohlsein unter Fieber und heftigen Kopfschmerzen erkrankt war. Die verschiedenen Symptome von Seiten des Central-Nervensystems deuteten auf eine Meningitis hin. Um die Diagnose sicher zu stellen, führte Professor Fürbringer die Lumbalpunction des Rückenmarks in der Höhe des 2. Lendenwirbels aus, so entleerten sich 60 Ccm. einer leicht getrübten serösen Flüssigkeit, in deren Sediment neben spärlichen Eiterkörperchen massenhaft Tuberkelbacillen vorhanden waren. Wider Erwarten sank bald nach der Punction das Fieber, das Sensorium wurde klar, die Kopfschmerzen liessen nach, ebenso die Rigidität der Extremitäten und die Steifigkeit der Wirbelsäule. Die Reconvalescenz war ungestört und Patient konnte geheilt entlassen werden. Wenn auch die Heilwirkung der von Quincke eingeführten Lumbalpunction nach zahlreichen Erfahrungen durchaus zweifelhaft ist, so kann die Methode zu diagnostischen Zwecken sehr gut verwendbar sein, um so mehr, als die tuberculöse Meningitis häufig unter dem Bilde der Cerebrospinal-Meningitis verläuft.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rob. Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten für Aerzte und Studirende. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1894. 302 pag.

Für dieses Buch werden vor Allem die praktischen Aerzte dem Verf. Dank wissen. Je häufiger sie in der Praxis auf Psychosen stossen, um so lebhafter muss sich ihnen die Lücke in ihrer academischen Ausbildung bemerkbar machen, eine Folge des bestehenden Reglements, das die Psychiatrie noch immer nicht zum obligatorischen Unterrichtsgegenstand erheben will. Ohne Zweifel wird daher Jeder dieses Werk als Wegweiser und Rathgeber benutzen, um sich an der Hand desselben seiner verantwortungsvollen Aufgabe zu entledigen, namentlich wo es auf eine möglichst frühzeitige richtige Diagnose ankommt, wie bei der social so ungemein wichtigen Dementia paralytica.

Ein grosser Vorzug des Buches ist es, dass nicht eine trockene Zusammenstellung unseres heutigen Wissens, sondern gleichsam ein Unterricht in der Methode der psychiatrischen Diagnostik gegeben wird. Dies wird durch kritische Analyse thatsächlich beobachteter Fälle erreicht, zu deren Verdeutlichung 24 wohlgelungene Illustrationen beitragen. Ausserdem war der Verf. bemüht, von der rein symptomatischen sich emancipirend möglichst die pathogenetische Auffassung der Krankheiten in den Vordergrund zu stellen.

Auch die Fachcollegen werden das Werk mit Interesse lesen, namentlich die Abschnitte allgemein psychopathologischen Inhalts, in denen der persönliche Standpunkt des Verf. mehr hervortritt, so das Capitel über die Degenerationslehre, so das über die Bedeutung der Heredität.

Allen praktischen Aerzten, zumal Hausärzten, muss das Studium dieses Buches dringend empfohlen werden.

Michelson.

O. Hildebrand: Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1894.

Das von Prof. F. König in einem Vorwort empfohlene Buch hat den grossen Vorzug, dass es von einem Chirurgen geschrieben ist. Neue anatomische Thatsachen sind ja in einem solchen Grundriss nicht zu erwarten, es kommt dabei vielmehr, wie König hervorhebt, darauf an, dass das zur Zeit für den Chirurgen praktisch wichtige gebührend hervorgehoben werde; es müssen sich also die anatomischen Lehrbücher, sofern sie nicht «reine Wissenschaft» treiben, ebenso ändern, wie die chirurgischen, sie müssen sich den Forderungen der Zeit jeweilig anpassen. Von diesem Standpunkt aus ist das Hildebrand'sche Buch gewiss zu empfehlen. Sein Werth wird noch dadurch erhöht, dass in besonderen Capiteln die Untersuchung am Lebenden besonders abgehandelt wird; hier wäre vielleicht eine noch grössere Ausführlichkeit am Platz. Die vom Maler Peters hergestellten Zeichnungen sind gut. Der schöne breite und lichte Druck fällt dem Auge sehr angenehm auf.

Wanach.

P. Tillaux: Рукуводство къ топографической анатоміи въ примѣненіи къ хирургіи. Переводъ съ 7-го французскаго изданія, подъ редакціею и съ примѣчаніями проф. А. С. Таубера. Русское изданіе второе. Выпускъ I. С.-Петербургъ., К. Риккеръ 1894.

Das Tillaux'sche Lehrbuch erfreut sich seit langer Zeit einer sehr grossen Beliebtheit und Verbreitung auch bei uns in Russland. Einer Empfehlung bedarf es also nicht. Hervorheben wollen wir nur, dass die zweite russische Ausgabe, deren I. Lieferung uns vorliegt, von der um die Popularisirung ausländischer Meisterwerke in Russland so hervorragend verdienten Ricker'schen Verlagshandlung ebenso schön ausgestattet ist, wie alle andern Bücher dieses Verlages; das fällt um so angenehmer auf, als sich sehr viele russische Uebersetzungen ausländischer medicinischer Werke durch unglaubliche Nachlässigkeit und schlechte Beschaffenheit der Uebersetzung, des Druckes, Papiers etc. auszeichnen. Die Ricker



schen Bücher haben etwas von der Solidität und Vornehmheit der guten deutschen und englischen Ausgaben. Wir wünschen dem Herrn Verleger auch ferner, dass der Erfolg seinen Bemühungen entspreche.

Wanach.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

577. Sitzung am 18. Octob. 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz;

1) Im Anschluss an den in der vorigen Sitzung von Herrn Horn gehaltenen Vortrag führt Herr Anders den Schedeschen Apparat an. Nach Schede werden die Schultern und das Becken fixirt wobei durch diesen Apparat eine stärkere Wirkung als durch den Hoffa'schen Pelottenapparat auf die weinrebenartige Drehung der scoliotischen Wirbelsäule erzielt werden kann. Die Schraube am Hoffa'schen Apparat hält Anders nicht für sehr wesentlich. Bei der Bemessung der Torsion ist die Anlegung eines Bleidrahtes nicht genügend, besser ist schon der Zander'sche Apparat, obgleich auch er gewisse Mängel besitzt, wie z. B. zu grosse Empfindlichkeit gegenüber der geringsten Stellungsanomalie des Körpers. Am besten ist es aber den Körper nach vorn beugen zu lassen und ein Gypsmodell des Oberkörpers abzunehmen.

Herr Horn erinnert daran, wie er in der vorigen Sitzung demonstriren konnte, dass der Hoffa'sche Apparat nicht nur das Becken fixirt, sondern auch die Schulter stützt. Den Bleidraht hat Horn nur dem praktischen Arzt, nicht aber dem Specialisten zur Anwendung empfohlen. Eine gewissenhafte Scoliosenmessung erfordert selbstverständlich die besten Apparate, von denen er auch einige demonstrirt hat. In vielen Fällen leistet aber schon ein Draht gute Dienste, um so weniger könne man die Anschaffung theurer Apparate von allen Aerzten verlangen.

2. Herr Th. v. Schroeder theilt einen weiteren Fall von Actinomyces im unteren Thränenröhrchen mit, der ein 18-jähriges Mädchen betraf und in der Ambulanz des Augenhospitals beobachtet wurde. Die Diagnose konnte nach den früher mitgetheilten Symptomen (cf. klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. April 1894) gestellt werden. Nach Spaltung des Thränenröhrchens wurden einige Actinomyceskörner und etwas Gewebe entfernt. Der weitere Verlauf war glatt. Die mikroskopische Untersuchung, die Dr. Eliasberg ausführte, ergab in frischem ungefärbten Zustande die charakteristischen Actinomycesdrusen, nach der Färbung nach Gram die bekannten feinen, welligen, bisweilen dichotomisch getheilten Fäden. Am interessantesten war das Resultat, dass sich bei Untersuchung des Gewebsstückes Actinomycesfäden im Gewebe fanden, was bisher bei der Actinomycose des Thränenröhrchens noch nicht nachgewiesen worden war. Die Präparate werden demonstrirt. (Der Fall wird in den klin. Monatsblättern für Augenheilkunde veröffentlicht werden.)

3. Herr Hörschelmann führt in Ergänzung seines in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrages 3 Beobachtungen an, die gleichfalls gegen die Identität von Variola und Varicellen sprechen. In den erwähnten Fällen handelte es sich um Ausbruch der Varicellen nach kurz vorhergegangener erfolgreicher Kuhpockenimpfung. Alle 3 Kinder wurden am 28. Sept. geimpft; die Varicellen traten beim ersten Kinde am 8. October, beim zweiten — 6 monatlichen Knaben — am 10. October und endlich bei einem 1-jährigen Knaben am 12. October auf.

Secretär W. Beckmann.

Auszug aus den Pretokollen des Vereins der Aerzte Nordkurlands

(des Talsen'schen Kreises und Umgegend).

Sitzung vom 19. und 20. März 1894.

1. Referat des Herrn Bürger über Naunyn's «Klinik der Cholelithiasis».

Discussion: Herr Wagner erwähnt, dass Stadelmann als besonders wirksames Cholagogum die gallensauren Salze empfiehlt und erforderlichen Falles Ochsengalle zu nehmen räth.

Herr Israelson: Riedel-Jena ist der Ansicht, dass auch bei nicht complicirter Cholelithiasis eine chirurgische Behandlung anzuwenden wäre.

Herr Krüger: das Vorhandensein einer Eiterung könnte eventuell durch Vorhandensein von Indican im Urin nachzuweisen sein.

Herr Katterfeld: Er wundere sich, dass Naunyn der Anschauung sei, dass Heredität bei Cholelithiasis keine Rolle spiele, was ja doch sonst bei Steinbildungen allgemein angenommen werde. Er erinnere z. B. an die Bonaparten. Eichhorst führt einen Fall an, wo nach Genuss von Weisswein jedes Mal Kolikanfälle aufgetreten seien. Er habe Gelegenheit gehabt einen ähnlichen zu beobachten, wo der Genuss von Rheinwein stets einen Kolikanfall auslöste. Er wende sich daher gegen Naunyn's Ansicht, dass Diätfehler nicht die Ursache von Gallensteinen sein können.

Herr Bürger: Ein Diätfehler könne den Anfall nur auslösen, nicht aber die Ursache von Steinbildung sein. Der Genuss des Weines sei in diesem Falle nur das Reizmittel, welches die Peristaltik ausgelöst habe.

Herr Sadikoff: Naunyn nehme an, dass der 10. Mann und die 4. Frau an Gallensteinen leide. Dieses könne aber doch nur für einzelne Gegenden gelten. Er habe bei seinen gerichtlichen Sectionen (im Laufe von 4 Jahren) noch kein Mal Gallensteine gefunden, daher müsse er einen so hohen Procentsatz für unsere Gegend in Abrede stellen.

Die Anwesenden stimmen dem bei und sprechen sich dahin aus, dass Gallenstein ein Kurland jedenfalls weit seltener seien.

2. Vortrag des Herrn Sadikoff: «Ueber künstliche Athmung». Vortragender recapitulirt in Kürze alle Methoden der künstlichen Athmung und unterzieht die einzelnen einer Kritik auf ihren Werth und Anwendbarkeit. An Stelle der Schultzeschen Schwingungen bei Neugeborenen, welche ja auch mancherlei Uebelstände (Abkühlung, grosse Anstrengung etc.) haben, schlägt er vor Versuche mit der Faradisation nach Ziemssen nebst Zusammendrücken des Thorax zu versuchen, da ein faradischer Apparat ja leicht mit sich zu führen sei.

Die Discussion ergiebt, dass die Anwesenden hiermit nicht sympathisiren und für Schultze'sche Schwingungen sind, jedoch zugeben, dass mehr Rücksicht auf Warmhalten des Neugeborenen dabei zu verwenden sei.

3. Angekündigter Vortrag des Herrn Katterfeld «über Ulcus cruris». Vortragender empfiehlt besonders die Schede-sche Methode (Pinselung mit Jodtinctur), welche ihm gute Dienste geleistet hat. Er demonstrirt darauf einen Fall, wo ein ausgedehntes Ulcus mit hochgradiger Elephantiasis durch Jodtinctur zur guten Heilung von ihm gebracht worden, und so die Amputation vermieden worden.

Discussion: Herr Wagner theilt einen Fall von Ulcus in der Kniebeuge mit, wo er nur durch die Unna'sche Methode zum Ziele kam. Letztere könnte aber wohl, wie er zugeben muss, bei umhergehenden Patienten und ambulanter Behandlung im Stiche lassen. Ebenso bei starker Secretion der Wunde. Als Antisepticum für Ulcus könnte er essigsaure Thonerde durchaus empfehlen.

Herr Israelson weist auf die Lassar'sche Pasta hin, welche bei sog. Salzfluss sehr günstig wirke. Ausserdem betont er die günstigen Resultate, welche die Thiersch'sche Transplantation ergebe.

Herr Katterfeld: die Thiersch'sche Transplantation scheine ihm nicht besonders empfehlenswerth, weil die Narbe nicht zuverlässig sei und Recidive häufiger als bei anderen Methoden seien. Sonst sei die Heilung wohl eine recht schnelle.

z. Z. Secretär. J. Sadikoff.

Vermischtes.

— Wie die «N. Dörpt. Ztg.» erfährt, ist der Professor emer. und ordentliche Professor der Pharmacie an der Universität Jurjew (Dorpat), Herr Georg Dragendorff, gemäss seinem Ansuchen, vom 9. December d. J., als dem Tage der Ausdienung von 30 Jahren im Lehrfach, aus dem Dienst entlassen worden. Ebenso ist der Docent für klinische Propädeutik an der genannten Universität, Dr. Ernst Stadelmann, seiner Bitte gemäss vom 1. December d. J. ab aus dem Dienst entlassen worden.

Den schweren Verlust, welchen die baltische Universität durch den Abgang dieser beiden hervorragenden Lehrkräfte erleidet, haben wir bereits hervorgehoben, als wir den bevorstehenden Rücktritt derselben anzeigten.

— Der Landschaftsarzt im Kreise Ochansk des Perm'schen Gouvernements, Dr. G. J. Koronatow, ist auf der letzten Landschaftsversammlung zum Präsidenten des Kreislandschaftsamtes in Ochansk gewählt worden. K. bekleidet schon seit einer Reihe von Jahren das Amt eines Ehrenfriedensrichters. (Wr.)

— Im Berliner Verein für innere Medicin gestaltete sich die am 7. (19.) November stattgehabte Sitzung, in welcher Prof. Leyden nach seiner Rückkehr aus Livadia wieder das Präsidium übernahm, zu einer ehrenden Kundgebung für den berühmten Kliniker. Der zweite Vorsitzende, Geh. Medicinalrath Dr. Ohrtmann, ergriff vor der Tagesordnung das Wort, um dem Heimgekehrten die Verehrung des Vereins entgegenzubringen.

— Ernannt: der ältere Ordinator des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals, Staatsrath Dr. Anders — zum Mitgliede des Curatoren-Comités dieses Hospitals, gerechnet vom 1. Januar.



— Verabschiedet auf sein Ansuchen: der Korpsarzt des V. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Nekrassow, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Im Flecken Oni (Gouv. Kutaiss) der ältere Arzt des dortigen örtlichen Militärlazareths Martin Dolinski. 2) Im Dorfe Serbinowka (Gouv. Poltawa) der dortige Landschaftsarzt W. P. Bjeljawski im 35. Lebensjahre. 3) die Aerztin Sathianadhan im 30. Lebensjahre. Sie war die erste Indierin, welche in Madras Medicin studirte. In letzterer Zeit hatte sie übrigens die Medicin mit der Belletristik vertauscht und befasste sich vorzugsweise mit Schilderungen aus dem Leben der vornehmen Indierinnen. (Med. Rec.—Wr.)

— Bei der hiesigen Georgsgemeinschaft barmherziger Schwestern ist eine Wasserheilanstalt mit Vorrichtungen zur Elektrotherapie und Massage für ambulante Kranke eingerichtet worden. Bei täglichem Besuche sind 10 Rbl. monatlich zu zahlen, Patienten, die mit einem Armuthszeugniss von Seiten eines Arztes versehen sind, zahlen die Hälfte, Aerzte werden gratis behandelt. Geöffnet ist die Anstalt ausser am Sonntage täglich von 9 bis 3 Uhr; Aerzte können die Anstalt von 9 — 1 Uhr besichtigen. — Unzweifelhaft entspricht das Institut einem vielfach empfundenen Bedürfniss; wir wünschen ihm den besten Erfolg.

— Am 1. November vollendeten sich 50 Jahre seit der Eröffnung der Kliniken der Kiewer Universität. Eine besondere Feier fand an diesem Tage nicht statt, doch wurden seitens der studirenden Mediciner, welche die Kliniken gegenwärtig besuchen, dem Decan der medicinischen Facultät, Prof. Heubel, sowie den Professoren, welche die einzelnen Kliniken leiten, Ovationen bereitet.

— Der Privatdocent der Kinderheilkunde an der deutschen Universität zu Prag, Dr. Czerny, ist an die Universität Breslau berufen und ist ihm zugleich die ärztliche Approbation für das deutsche Reich unter Erlass der vorgeschriebenen Prüfung ertheilt worden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Am 10. November ist die neue Reichenberg-Mellinsche Heilanstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Jurjew (Dorpat) eingeweiht worden. Zum Leiter der Anstalt ist Dr. Johannes Meyer ausersehen worden, welcher zugleich Director des Verwaltungscomités der Anstalt ist. Die Räumlichkeiten der Anstalt im Mellinschen Hause sind, wie die «N. Dörpt. Ztg.» berichtet, auf das zweckmässigste für ihre neue Bestimmung hergerichtet worden. Die Anstalt verfügt über einen grösseren Krankensaal und 4 einzelne Krankenzimmer, sowie über ein besonderes Kinderzimmer. Ausserdem sind besondere Zimmer eingerichtet für den Director, die Oberin, die Hausmutter und die Pflegerinnen, sowie für die Ambulanz. Dazu kommen noch 2 Operationszimmer und ein Raum zum Aufenthalt der Kranken vor und nach der Operation.

Die neue Anstalt ist nicht ein Hospital oder ein öffentliches Krankenhaus; auch ist sie nicht eine Diaconissen-Anstalt in dem Sinne einer geschlossenen Gemeinschaft. Sie ist eine Heilanstalt mit dem Hauptzweck, Krankenpflegerinnen im christlichen Geiste auszubilden. Zur Ausbildung in der Krankenpflege werden statutenmässig junge Mädchen und Wittwen im Alter von 21—40 Jahren aus niederen oder höheren Ständen aufgenommen. Die Lehrzeit dauert für neu Eintretende mit höherer Schulbildung je nach dem Erfolge 6 bis 12 Monate, für solche mit niederer Schulbildung 12 bis 18 Monate, von denen jedes Mal die 3 ersten Monate als Probezeit angesehen werden. Für diese Probezeit wird beim Eintritt eine Zahlung erhoben, die bei unbegründetem Austritt der Anstalt verfällt, und zwar beträgt dieselbe bei der ersten Kategorie 75 Rbl. und bei der zweiten 36 Rbl. Nach erfolgreich bestandener Lehrzeit sollen die Pflegerinnen, je nach ihrem freien Willen entweder als Privatkrankenpflegerinnen sich ihren Berufskreis selbständig suchen, oder in den Dienst der Gemeindekrankenpflege, vorzugsweise auf dem Lande, sich begeben. Auf besondere Aufforderung können sie aber auch in der Anstalt verbleiben, um in directem Auftrage derselben in Privathäusern oder Hospitälern zur Krankenpflege verwandt zu werden.

Vorläufig können in der Mellin'schen Heilanstalt nur Kranke weiblichen Geschlechts oder Kinder Aufnahme finden (mit Ausschluss der contagiösen Infectionskrankheiten). Unter Zustimmung des Verwaltungs-Comités steht es den Aerzten der Stadt frei, ihre Patienten in der Anstalt unterzubringen und zu behandeln. Mit Benutzung der Hülfsmittel der Anstalt können auch Operationen unter vom Arzt selbst gewählter Assistenz ausgeführt werden. Mit der Heilanstalt wird ein Ambulatorium verbunden, wo unter Zustimmung des Comités die Aerzte der Stadt Sprechstunden abzuhalten das Recht haben.

— Aus Berlin bringt die geachtete Münchener «Allgm. Zeitung» eine Nachricht, welche, wenn sie sich bewahrheitet, von grosser Bedeutung ist. Die Behring'sche Entdeckung des Diphtherieserums soll eine wesentliche Erweiterung erfahren haben durch die Prof. Behring nun auch gelungene Herstellung des Typhus-Heilserums und sollen die Höchster Farbwerke, die ja das Behringsche Diphterieheilmittel bereits herstellen, im Auftrage des Erfinders demnächst auch mit dem Typhus-Heilserum hervortreten. Sollte es thatsächlich gelingen, den Typhus in gleicher Weise durch die Blutserumtherapie zu bekämpfen, wie es allem Anschein nach bei der Diphtherie der Fall ist, so wäre dadurch der Weg gewiesen, auf welchem allen Bacillenarten erfolgreich zu Leibe gegangen werden könnte.

— Die Prüfungen an der Militär-medicinischen Academie zur Erlangung des Arztgrades, welche in diesem Jahre zum ersten Mal vor der Regierungscommission stattfanden, sind in der vorigen Woche beendigt und ist 111 Studirenden, welche den Cursus an der Academie absolvirt haben, der Grad eines Arztes — darunter 56 eximia cum laude — von der Commission zuerkannt worden.

— Die Choleraepidemie herrschte nach dem officiellen Bülletin des Medicinaldepartements in der ersten November-Woche noch in 14 Gouvernements des Russischen Reiches. Ein grosse Zahl von Erkrankungen sind nur noch in Podolien vorgekommen, wo vom 30. October bis 5. November 475 Personen an der Cholera erkrankt und 202 gestorben sind. Aus den Gouvernements Tiflis, Baku, Petrikow, Wolhynien und Witebsk werden nur noch wenige Neuerkrankungen gemeldet.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Sserdobsk (Gouv. Ssaratow). Gehalt 1200 Rb. jährlich nebst freier Wohnung. Refl. haben sich baldmöglichst unter Beifügung der Documente und Empfehlungen zu melden bei der «Сердобская Земская Управа.»

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Woronesh. Gehalt 1000 R. im ersten Jahr nebst freier Wohnung. Adresse: «Воронежская Уѣздная Земская Управа.»

3) Das Gouvernementslandschaftsamt von Woronesh sucht Arzte zur Bekämpfung der im Gouvernement herrschenden Typhus — und Diphtherie-Epidemie. Gehalt 150 Rb. monatlich. Anmeldung per Telegramm bei der «Воронежская Губернская Земская Управа.»

4) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Ljubim (Gouv. Jaroslaw). Gehalt: 1000 Rb. incl. Quartiergeld und 900 Rb. nebst freier Wohnung. Adresse: «Любимская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. November 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
224	224	448	94	27	67	11	6	10	37	45	36	37	45	26	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 9, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 41, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. November.

Tagesordnung: Dr. Lunin: Zur Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Naseneiterungen, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen.

Dr. Germann: Zur Symptomatologie der Orbitalphlegmone, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.

Dr. v. Schröder und Frankenhäuser: Ein Fall von Eiterung und Necrose im Sieb- und Keilbeine nebst Durchbruch in die Orbita und Schädelhöhle.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. November.



Довв. ценз. Спб. 19 Ноября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, 26. November (8. December) 1894

Zur Casuistik der Uterusruptur.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetag der Gesellschaft livländ. Aerzte am 5. September 1894 in Wolmar.

Von

Dr. med. Armin Treu,

prakt. Arzt in Sennen.

Meine Herren! Wenn ich, als Landarzt in einer für livländische Verhältnisse, was Verkehrsmittel und sanitäre Einrichtungen betrifft, höchst uncivilisirten Gegend, es unternehme, Ihnen einen Fall aus meiner geburtshülflichen Praxis vorzutragen, so werden Sie es durch das Interesse, welches der mitzutheilende Fall darbietet, gerechtfertigt finden.

Mängel, welche meinen Ausführungen naturgemäss anhaften, wie mangelnde Kenntniss der neueren Literatur und mangelhafte, klinischen Idealen sehr wenig entsprechende Beobachtung des Krankheitsverlaufes, werden Sie im Hinblick auf die primitiven Verhältnisse, unter denen wir zu arbeiten haben, gütigst entschuldigen.

Ich bin in der Lage, Ihnen, meine Herren, einen Fall von geheilter Uterusruptur mitzutheilen. Das interessante Capitel über die Aetiologie und Entstehung der spontanen Uterusruptur, welches von Bandl[1]) in maassgebender Weise behandelt worden ist, kann ich unberührt lassen, da es sich in meinem Fall nicht um spontane, sondern um violente, durch äussere Gewalt bedingte Ruptur handelt. Dagegen will ich, bevor ich zur Krankengeschichte meiner Patientin übergehe, einige Worte über die Häufigkeit, die Mortalität, sowie über die verschiedenen Ausgänge der Gebärmutterzerreissungen sagen.

Die Häufigkeit der Uterusruptur lässt sich ziffermässig nicht darstellen, obgleich einige Autoren es versucht haben. Die Resultate der diesbezüglichen statistischen Zusammenstellungen sind denn auch bei den einzelnen Autoren ungemein verschieden. Während Collins[2]) in der grossen Gebäranstalt zu Dublin (1826—1835) unter 16,654 Geburten 34 Mal Uterusruptur zu verzeichnen hatte, wonach schon auf ca. 490 Geburten ein Fall von Gebärmutterzerreissung käme, giebt Burns dieses Verhältniss wie 1:940, Bandl wie 1:1183, von Franqué wie 1:3225 und Bluff sogar wie 1:7466 an. Ziehen wir nun aus den angeführten Zahlen das Mittel, so käme unter 2660 Geburten ein Mal Uterusruptur vor.

Fast ebenso schwierig, wie die Häufigkeit der Uterusruptur zu constatiren, ist es, sich eine richtige Vorstellung zu machen von dem Mortalitätsverhältniss, denn man kann a priori annehmen, dass viele Fälle von tödtlich verlaufener Uterusruptur der Publication entgehen, während Fälle von sicher constatirter geheilter Gebärmutterzerreissung doch wohl so bemerkenswerth sind, dass sie auch vom Lande her fast immer werden berichtet worden sein.

Die Anschauung von der «fast absoluten (95 pCt.) Tödtlichkeit», die ich in einer Publication v. J. 1878 vertreten fand, ist als zu pessimistisch zu bezeichnen, während Bluff's[2]) Statistik, der 62 Fälle von Uterusruptur mit 26 Genesungen gesammelt hat, ein unbegreiflich günstiges Verhältniss ergiebt. Ich habe 33 alte Bände von «Schmidt's Jahrbüchern» durchgesehen und dabei 79 einschlägige Publicationen gefunden. Von den mitgetheilten 79 Fällen von Uterusruptur endeten 70 tödtlich, während 9 Patientinnen genasen. Es scheint also, dass jedenfalls mehr als 10 pCt. Genesungen bei der Uterusruptur zu verzeichnen sein dürften.

Was die Ausgänge der Uterusruptur betrifft, so ist vor Allem zu constatiren, dass die meisten von derselben betroffenen Patientinnen in wenigen Stunden an meist innerer Verblutung zu Grunde gehen. Nächstdem führt am häufigsten consecutive septische Peritonitis, spätestens einige Tage nach dem Eintritt der Katastrophe zum Tode. In einigen Fällen ist Einklemmung eines Darmabschnittes in die Risswunde und dadurch bedingter Ileus als Todesursache angegeben.

Um Ihnen, meine Herren, die verschiedenartigen günstigen Ausgänge der Uterusruptur gleichsam zu illustriren, will ich Ihnen einige Fälle aus der älteren medicinischen Literatur kurz referiren.



Dufour[4]) und Raige beobachteten im Jahre 1797 eine Gebärmutterzerreissung bei vollständig prolabirtem Uterus. Der Muttermund war, während der ca. 8 Monate lang schwangere Uterus zwischen den Beinen der Frau lag und bis zu den Knien hinabreichte, nur etwa 1 Zoll im Durchmesser erweitert. Plötzlich riss während einer Wehe die Gebärmutter 2½ Zoll über dem Muttermunde rechts ein und der kindliche Körper wurde im Augenblick durch den Riss ausgestossen. Die Nachgeburt folgte leicht und der Uterus blieb in der Grösse eines Strausseneies zwischen den Beinen liegen. Nach 12 Stunden sah man die Risswunde gangraenesciren, es bildete sich ein Brandschorf, die Gebärmutter verkleinerte sich allmählich, die Wunde vernarbte und war nach 2 Monaten völlig geheilt. Noch nach 13 Jahren befand sich die Frau ganz wohl, obgleich der Uterus vor den äusseren Genitalien lag.

Nägele[5]) berichtet über die glückliche Niederkunft einer Frau, deren Uterus vor 2 Jahren durch äussere Gewalt schwer verletzt worden war. Die Verletzung bestand darin, dass die Frau, im 8. Monat schwanger, einen Stoss mit einer Wagendeichsel in den Unterleib bekam. Links im Abdomen bildete sich darauf eine Geschwulst, in welcher der Steiss und ein Fuss der Frucht deutlich zu fühlen war, während per vaginam der Kopf als vorliegender Theil gefühlt wurde. 6 Tage später stellten sich Wehen ein, durch welche in einigen Stunden das Kind bis auf die Brust geboren wurde. Da die Geburt nun nicht weiter vorrückte, zog die Hebamme an den Schultern und am Kopf des Kindes, wodurch der Rumpf in der Lendengegend abgerissen wurde. 4 Tage später öffnete sich ein Abscess an der Bauchwand spontan, und es trat ein Fuss hervor, an welchem ziehend die Patientin alles zurückgebliebene entfernte. Im Grunde der ca. 5 Zoll im Durchmesser haltenden Oeffnung sah man den Uterus und eine Darmschlinge. Nach ca. 6 Wochen war die Wunde verheilt. ½ Jahr später bildete sich an dieser Stelle eine Hernia ventralis, die sich durch ein Bruchband gut zurückhalten liess. Etwa ein Jahr nach der Verletzung abortirte Pat. im 2. Monat der Schwangerschaft. Ca. 3 Monate darauf wurde sie wieder schwanger und diese Schwangerschaft verlief ganz normal; ebenso glücklich ging die Geburt von statten. Jetzt untersuchte N. durch die Bruchpforte im linken Musculus rectus abdominis und fühlte an der linken Seite des Gebärmutterkörpers sehr deutlich eine 2 Zoll lange und in der Mitte ½ Zoll breite Vertiefung. «Es unterliegt keinem Zweifel», meint Nägele, «dass dieses die vollkommen vernarbte Stelle war, wo der Uterus vor 2 Jahren den Riss erlitten hatte».

Fitzek[6]) beobachtete eine Ruptur des Uterus mit Austritt des Kindes in den Mastdarm, von wo er dasselbe per anum mittelst der Zange extrahirte. Auch dieser Fall endete für die Frau mit Genesung.

Aehnliche interessante Fälle könnte ich Ihnen, meine Herren, noch mehrere anführen, doch würde uns das zu weit führen. Ich will daher mit Ihrer Erlaubniss zur Krankengeschichte meiner Patientin übergehen.

A. T. Gesindeswirthin unter Kosse, vollendet bald ihr 43. Lebensjahr. Vor 20 Jahren heirathete sie und hat seitdem 11 Mal normal und ohne Kunsthülfe, das letzte Mal vor 8 Jahren, geboren. 6 ihrer Kinder sind am Leben und gesund. Sie selbst ist früher immer gesund gewesen. Auch nach ihrer letzten Entbindung und Lactation vor 8 Jahren ist sie normaler Weise menstruirt worden bis zum 25. März 1893 inclusive. Seitdem hat Pat. keine Regel mehr gehabt, da sie um diesen Termin schwanger wurde. Nach dem Ausbleiben der Regel und dem Beginn der fühlbaren Kindsbewegungen erwartete die Frau ihre Niederkunft um den Jahreswechsel 1893/94. Statt dessen hörten am 24. December 1893 die Kindsbewegungen vollständig auf. Es stellten sich vage Schmerzen im Unterleibe ein, die allmählich schwächer wurden und, nach Aussage der Frau, keine Aehnlichkeit mit Wehen hatten. So lebte denn die Patientin den Januar, Februar und März hindurch in relativem Wohlbefinden. Ende März a. c. stellte sich ein ziemlich reichlicher, wässriger, blutig gefärbter und übelriechender Ausfluss aus den Genitalien ein, der bis zur Entbindung (14 Tage) in ziemlich gleicher Intensität fortdauerte. 24 Stunden vor meiner Ankunft bekam Patientin stärkere aber atypische Schmerzen, die sie ans Bett fesselten.

Am 11. April 1894 wurde ich zu der Kranken abgeholt und traf etwa um 11 Uhr Abends bei ihr ein. Ich fand die Patientin auf der Pritsche einer bäuerlichen Badstube liegend. Gesicht und Schleimhäute blass, Extremitäten kühl, Körpertemperatur erhöht, Puls schwach, über 120 Schläge in der Minute. Die äussere Untersuchung des Abdomen ergab nichts Auffallendes.

Bei der inneren Untersuchung fand ich den Kopf des Kindes frei beweglich über dem Beckeneingang. Der Muttermund war für 5 Finger durchgängig. Der ca. 1. Finger breite ziemlich wulstige Saum desselben hatte hinten links eine hasenschartenförmige Einkerbung, von welcher ausgehend ein derber, narbenartiger Strang quer nach rechts und etwas nach oben ziehend zu fühlen war. In der Gegend der kleinen Fontanelle war ein Loch im kindlichen Schädel zu fühlen, welches aber offenbar die Dura mater nicht mitbetraf, da keine Gehirnsubstanz abging. Aus den Genitalien der Frau floss eine blutig-wässrige Flüssigkeit von intensiv jauchigem, faeculentem Geruch.

Im Befinden der Patientin und in der fauligen Beschaffenheit der Frucht sah ich die Indication zur sofortigen Entbindung und zwar entschloss ich mich zur Wendung.

Nachdem ich die Patientin leicht chloroformirt hatte, ging ich mit der rechten Hand in die Vagina ein. Meine conisch zusammengelegten Finger passirten etwa bis zur Mitte der ersten Phalangen ohne Schwierigkeit den äusseren Muttermund. Dem Durchtritt der Metacarpo-phalangeal-Gelenke meiner Hand dagegen setzte der Muttermund, besonders jener oben erwähnte quere narbige Strang ein bedeutendes Hinderniss entgegen. Indem ich mich bemühte, dieses Hinderniss allmählich zu überwinden, fühlte ich es plötzlich weichen, und meine Hand drang — in die Bauchhöhle. Ich zog die Hand etwas zurück und ging, mich mehr nach vorne haltend, in die Uterushöhle ein, ergriff einen Fuss der Frucht und wandte und extrahirte letztere ohne Schwierigkeit in einem Tempo. Die Frucht habe ich leider garnicht in Augenschein genommen, da ich meine ganze Aufmerksamkeit der Frau zuwandte. Im Befinden derselben fand ich garkeine Veränderung, selbst die Beschaffenheit des Pulses änderte sich nicht, so dass ich schon anfing an meiner Diagnose zu zweifeln. Als die Placenta trotz energischem Credé ca. nach einer Stunde nicht folgte, ging ich wieder mit der rechten Hand ein. Ich fühlte einen quer oder schräg nach rechts oben verlaufenden Riss in der hinteren Cervixwand. Der Riss hatte unregelmässige, lappige Ränder und schien auf der linken Seite der Frau auch etwas auf die vordere Wand der Cervix überzugehen. Nun ging ich erst durch den Riss in die Bauchhöhle ein, und fühlte mit der Volarfläche meiner Hand die glatte, vom Peritoneum überzogene hintere Uteruswand, während die Dorsalfläche der Hand mit den offenbar vom Netz bedeckten Gedärmen in Berührung kam. An der hinteren Uteruswand entlang drang ich weiter aufwärts, bis ich den Fundus uteri erreichte und denselben umgreifend nur die Bauchdecken zwischen meiner von aussen auf das Abdomen gelegten linken Hand und den Fingerspitzen der innerlich untersuchenden rechten Hand fühlte. Nachdem ich diese wieder durch den Riss zurückgezogen hatte, führte ich sie in den fest um die Placenta contrahirten Uterus. Erst nach langen vergeblichen Bemühungen gelang es mir, einen Lappen der Placenta in die Hand zu bekommen und, an diesem und gleichzeitig mit der linken Hand am Nabelstrang ziehend, die Nachgeburt aus dem Uterus zu entfernen. Die Placenta war ziemlich hart, übelriechend, hatte eine dunkel grünlich-braune Farbe und machte den Eindruck, als sei sie schon lange von der Uterussubstanz gelöst gewesen. Während der ganzen Zeit verlor Patientin nur geringe Mengen Blut.

Nun machte ich eine Uterusausspülung mit ganz schwacher (ca. ½%) Carbollösung und verliess die Patientin ca. um ½2 Uhr Morgens in der festen Ueberzeugung, dass sie verloren sei.

Ueber den weiteren Krankheitsverlauf kann ich Ihnen, meine Herren, nur sehr dürftige Mittheilungen machen. Am 13. IV. a. c. war der Mann der Patientin bei mir und erzählte Folgendes: Bald nach meiner Abfahrt wurde Patientin in das Wohnhaus transportirt und zu Bett gebracht. Am nächsten Tage hatte sie häufig Erbrechen und klagte über starke Schmerzen im aufgetriebenen Unterleibe. Ich vermuthete septische Peritonitis und verordnete kalte Compressen auf den Leib und Morphiumtropfen innerlich. Am 28. IV. wurde ziemlich derselbe Status geschildert. Das Erbrechen hatte aufgehört. Die Morphiumverordnung wurde repetirt. Am 28. VI. erzählte mir der Mann, dass die Frau nach 10 wöchentlichem Krankenlager aufgestanden sei und sich, abgesehen von beständigem Urinträufeln, ganz wohl befinde. Seit der Entbindung sei der Urin kein Mal willkürlich gelassen worden. In der ersten Woche sei eitriger, mit Wasser untermischter Ausfluss vorhanden gewesen; später nur wässriger Ausfluss (Urin). In den ersten 14 Tagen hätte Patientin ausser Thee nichts

genossen, später allmählich zunehmenden Appetit gehabt. Die Schmerzen und die Schwellung des Unterleibes sollen seit der 2 Morphiumverordnung (28. IV.) allmählich nachgelassen haben. Am 22. VIII. a. c. bestellte ich die Patientin zu mir und hatte Gelegenheit den folgenden Status aufzunehmen:

A. T. ist kräftig gebaut, wohl genährt und wohl aussehend. Die nächste Umgebung der äusseren Genitalien zeigt ein trockenes Ekzem. Die Vulva und der Scheideneingang sind normal. Ungefähr in der Mitte der Scheide befindet sich ein die vordere mit der hinteren Wand verbindender narbiger Strang etwa von der Stärke eines Zündhölzchens. Links an diesem Strang vorbei gelingt es leicht 2 Finger, so wie ein mittleres Speculum hindurchzuführen, während rechts kaum ein Finger durchdringt. Die Portio vaginalis ist nicht zu sehen und zu fühlen; die Scheidengewölbe sind abgeflacht und stossen in der Mitte in einer bogenförmig, mit der Convexität nach hinten gerichteten Furche an einander. Diese Furche beginnt rechts seitlich, verläuft von dort quer und etwas nach hinten über den Scheidengrund, biegt ungefähr in der Mitte desselben um und endet links vorne. Die Sonde dringt in diese Furche überall nur ca. 1/2 Centimeter tief ein; es gelingt also nicht von einem Punkte der Furche aus in die Uterushöhle zu gelangen. Nur im linken vorderen Endpunkt der Furche dringt die Sonde bequem ein und zwar gelangt man von dort aus in die Blase. Betrachtet man diese Stelle durch das Speculum, so sieht man die Furche links vorne in einer Oeffnung endigen, in welche ein, wie es scheint, von Blasenschleimhaut gebildeter Pfropf hineinragt. An diesem Pfropf vorbei sieht man langsam Urin herabsickern. Durch die Harnröhre lässt sich ein dicker, männlicher Metall Katheter bequem in die Blase einführen. Eine Communication zwischen Harnröhre und Scheide ist nicht vorhanden. Vom Rectum aus fühlt man den Uterus ganz in der linken Seite des Beckens in retrovertirter und gestreckter Stellung. Die hintere Fläche des Organs fühlt sich hart und uneben an, und erscheint der Uterus in seinem unteren Abschnitte fest mit der Umgebung verbacken.

Dieses, meine Herren, ist im Wesentlichen der Befund, welchen meine Patientin (die Sie hier in relativ blühendem Gesundheitszustand vor sich sehen), jetzt darbietet, nachdem sie vor bald 5 Monaten eine complete Uterusruptur erlitten hatte, eine Affection, welche die bei Weitem grösste Mehrzahl der davon betroffenen Frauen in wenigen Stunden dahinrafft.

Literatur.

1. Bandl: Ueber Ruptur der Gebärmutter. Wien 1875.
2. R. Collins: A practical Treatise on Midwifery containing the Result of Sixteen Thousand Six Hundred and fifty-four births, occurring in the Dublin Lying — in Hospital, during a Period of seven years, commencing November 1826. London 1835. Ref. H. F. Kilian. Schmidts Jahrb. 1837. (B. XIII.) p. 265.
3. Bluff: Siebolds Journ. Bd. XV. H. 2.
4. Dufour: Revue méd. 1835. Decbr.
5. H. F. Nägele (damals Privatdocent in Heidelberg): Medicinische Annalen. Bd. IV. H. 4. 1839.
6. Joh. Fitzek: Med.-chir. Centralblatt. 1876. № 15.

Bericht über die Thätigkeit des Leprosoriums zu Riga.

Vorgetragen auf dem VI. Aerztetage der «Gesellschaft livl. Aerzte» in Wolmar. 5. September 1894.

Von

A. Reisner.

Es sind in nächster Zeit 3 Jahre seit der Eröffnung des Rigaschen Leprosoriums verflossen, und schon am Schluss des 2. Jahres erwiesen sich die vorhandenen Räumlichkeiten als zu eng und es wurde der von vorneherein geplante zweite Flügel für weitere 40 Betten im Januar dieses Jahres fertig gestellt. Der neue Flügel ist genau so erbaut und eingerichtet wie der erste, weil sich sämmtliche Einrichtungen, sowohl die Ventilation, Heizung, Wasserversorgung, Ventilation der Abtritte als auch deren cementirte Gruben im Laufe der Jahre als vortrefflich erwiesen hatten. Modificirt wurde nur die Anlage der Senkgruben für das abfliessende Gebrauchswasser, deren Lage sich als zu niedrig, also in zu grosser Nähe des Grundwassers erwies; die neu getroffene Einrichtung ermöglicht eine viel länger dauernde Selbstthätigkeit derselben als früher.

Ferner ist schon früher die Wasserversorgung durch die alten Brunnen aufgegeben, und ein sehr ergiebiger artesischer Brunnen, dessen Wasser mittelst eines Petroleummotors in das Reservoir gehoben wird, versorgt die Anstalt mit sehr gutem Wasser.

Verpflegt wurden in der Anstalt seit der Eröffnung 104 Patienten, davon wurden 25 theils in andere Anstalten übergeführt, theils als gebessert und augenblicklich nicht gemeingefährlich entlassen und von Zeit zu Zeit controllirt; als lepraverdächtig befanden sich kurze Zeit zur Beobachtung 4 Personen im Leprosorium. Gestorben sind 14, davon 12 mit Lepra tuberosa, 1 Fall mit Lepra nervorum und ein Fall, der zur Beobachtung eingeliefert war und am Tage darauf verstarb. Der Sectionsbefund der an Lepra tuberosa Verstorbenen zeigte immer mehr oder weniger ausgedehnte und derbe pleuritische Adhäsionen.

In der Mehrzahl der Fälle kamen lobuläre Pneumonien vor, welche meistens den ganzen unteren Lappen betrafen und nur in einzelnen Herden in den anderen Lungenlappen sich fanden; häufig waren ebenfalls käsige Herde in diesen nachzuweisen, regelmässig waren die Milz und die Leber bedeutend vergrössert und das sehr breite bindegewebige Gerüst derselben durch Granulationsgewebe und Leprabacillen charakteristisch verändert, die Nieren waren häufig amyloid und fettig degenerirt, doch zeigten sie in keinem Falle specifische lepröse Veränderungen.

Die Therapie war, wie es ja leider das Wesen dieser Krankheit verlangt, meistens nur eine symptomatische und selbstverständlich behauptete die Chirurgie, wenn die Leprome an wichtigen Organen auftraten, welche solchem Eingriff zugänglich sind, den ersten Platz. So wurden wegen Larynxstenose 3 Tracheotomien ausgeführt, ferner 2 Iridectomien gemacht an einer Patientin, die auf dem einen Auge bereits erblindet war; nachdem der Effect der ersten Operation sehr bald durch ein Recidiv vernichtet war, wurde zum 2. Mal vor einem Jahr operirt, dieses Mal mit mehr Erfolg, da bis jetzt noch kein Recidiv eingetreten ist. Sonst beschränkte sich die chirurgische Behandlung ausser verschiedenen kleinen Operationen, als z. B. Entfernung gangränöser Phalangen der Finger und Zehen, hauptsächlich auf die Behandlung der leprösen Ulcera.

Bei der Allgemeinbehandlung prävalirte seit den Erfahrungen, die ich in 1½ Jahren gemacht hatte, der Gurjunbalsam. Obgleich wir auch Recidive nach vollkommenem Schwinden der leprösen Symptome erlebten, so wurde ich nur in der Ansicht auch Anderer, welche dieses Mittel anwenden, bestärkt, dass nämlich die Behandlung mit diesem Mittel sehr lange auch nach scheinbar vollkommenem Schwinden aller Anzeichen der Lepra fortgesetzt werden muss. Meine Herren, Sie erinnern sich der Patientin, welche ich Ihnen im vorigen Jahr vorstellte; sie wurde gleich nach der Vorstellung als geheilt entlassen, aber schon nach einem Monat kam sie mit einem sehr heftigen Recidiv zurück in das Leprosorium. Es wurde sofort energisch wieder die Behandlung mit dem Balsam begonnen, und so wurde die Patientin in diesem Frühjahr schon auf den alten Status gebracht. Da sie den Balsam innerlich nicht gut vertrug, wurde jetzt nur noch die Einreibung gemacht, anfangs täglich, darauf 2 mal wöchentlich, zuletzt nur einmal und schliesslich wurde die Behandlung ganz ausgesetzt. Im Juli dieses Jahres zeigte sich schon wieder, dass ein Recidiv im Anzuge, Röthung und Schwellung der Randpartien an den Stellen der früheren Infiltrate (welche sich durch blasse Broncefarbe auszeichneten). Es wurde wieder die volle Gurjunbehandlung begonnen, bis jetzt nur mit geringem Erfolg. Das Eigenthümliche bei diesem letzten Recidiv ist der Mangel an Bacillen in dem neugebildeten Gewebe und das Fehlen des Fiebers, während beide Factoren beim ersten Recidiv im October 1893 dem Krankheitsbilde den typischen Character verliehen. Bei einem zweiten Fall sind durch 1½jährige Behandlung die Infiltrate verschwunden und keine Pigmentirungen nachgeblieben und ist sogar die Anästhesie der afficirten Partien geschwunden, sogar die electrische Erregbarkeit der atrophirten Muskelgruppen am Daumen- und Kleinfingerballen hat sich wieder eingestellt. Trotzdem jetzt keinerlei Symptome der Lepra vorhanden sind, wird die Behandlung fortgesetzt und Patient ist bewogen, die Anstalt nicht zu verlassen. Bei einem 3. und 4. Falle ist ebenfalls so bedeutende Besserung eingetreten, dass ich nach wie vor den Gurjunbalsam, auch wenn die Recidive nicht ausgeschlossen sind, für ein vorzügliches, wenn nicht augenblicklich für das einzige Mittel halte, welches zur Behandlung der Lepra in geeigneten Fällen immer versucht werden soll.

Referate.

Wilh. Schrader: Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim Puerperalfieber? (Samml. klinischer Vortr. Neue Folge № 95).

Schrader versucht in einem sehr lesenswerthen Vortrage gegen die Polypragmasie durch intrauterine Manipulationen im Wochenbett anzukämpfen. Während Abspülungen des Endometriums bei stärkeren Para- und Perimetritiden, Peritonitis



sowie allg. Sepsis schon seit längerer Zeit verlassen sind, sei die intrauterine locale Therapie bei stinkenden Lochien, falls die Zersetzung eine Folge sept. Endometritis, noch allgemein im Gebrauch, trotzdem Küstner schon 1878 wegen der «üblen Zufälle» dieselbe gänzlich eingestellt und Credé 1886 auf die Schädlichkeit der Irrigationen an sich hingewiesen hatte. Die Nutzlosigkeit derselben zum mindesten, werde durch die anatomischen Verhältnisse des Endometriums an den ersten 8 Wochentagen bewiesen, indem eine Abspülung des Uterusinnern nicht ein Mal den Eiter von der stark gewulsteten Decidua zu entfernen vermag, geschweige denn eine desinficirende Wirkung auf die in die Tiefe gedrungenen Mikroben ausüben kann. Die Irrigationen nützen aber nichts; sondern sie schaden im Gegentheile, indem sie den localen Process zu einem allgemeinen machen und zwar geschieht dieses auf zwei Wegen, von denen der erstere, die Blutbahnen oder die venöse Transfusion, genugsam bekannt ist, während die Bedeutung des zweiten Weges, der Lymphbahnen, durch Schrader unter Heranziehung neuer Gesichtspunkte, die richtige Würdigung findet. Das Hauptgewicht legt Schrader dabei auf die durch die Irrigation plötzlich verstärkte Wehenthätigkeit des Uterus; denn, zugegeben, dass eine regere Wehenthätigkeit etwaige Blutcoagula und Eihautreste schneller ausstösst, so ist andrerseits die Resorptionsfähigkeit des sich kräftig contrahirenden Uterus im Gegensatz zur bisherigen Anschauung keine geringere, sondern eine bedeutend vermehrte. Während der Contractionen nämlich wird der infectiöse Inhalt der Lymphräume centripetal, d. h. in die breiten Mutterbänder gepresst, während sich in den Wehenpausen die leer gewordenen Lymphspalten wieder füllen, indem dann die die Uterusinnenfläche bespülenden Lochien Toxine und Bacterien aufgesaugt werden. Je energischer also die Action des Uterus, desto mehr Infectionskeime werden in den Körper getrieben. Schrader erläutert seine Ansicht an sehr instructiven Beispielen und erkennt als einzig richtige Therapie nur die an, welche den Uterusmuskel möglichst ruhig stellt gleichwie der Chirurg beim Panaritium den Arm schient und so Resorption verhindert. Also nicht Irrigationen, sondern Opium, Morph. u. s. w. Aus denselben Gründen spült Schr. den Uterus auch bei stinkendem Fruchtwasser, sept. Abortus u. s. w. nicht aus und zwar mit gutem Erfolg.

Auch gegen die Vaginaldouchen verhält sich Schrader ablehnend, weil einerseits durch dieselben Infectionskeime in den Uterus gespült werden können, andererseits man nicht wissen kann, ob wir nicht durch Tödtung der Saprophyten erst recht die Ausbreitung der pathogenen Bacterien unterstützen, da letztere ja Desinficientien gegenüber weit widerstandsfähiger sind und nach Ausrottung ihrer natürlichen Feinde sich desto üppiger entwickeln können.

Christiani (Breslau).

Salzwedel: Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit dauernden Alcoholverbänden. (Deutsche Militär-ärztliche Zeitschrift Nr. 7, 1894.)

Nach Verf. wird die Haut der entzündeten Gegend sowie ein umfangreiches Grenzgebiet zunächst mit Aether sauber abgerieben und entfettet. Alsdann wird eine mit Alcohol (90 pCt.) durchtränkte dicke Lage entfetteter Watte aufgelegt und diese mit irgend einem undurchlässigen Verbandstoff so bedeckt, dass die Verdunstung nicht aufgehoben, wohl aber behindert wird; zu diesem Zweck muss der gen. Verbandstoff durchlöchert werden; das Ganze wird mit einer Cambrikbinde befestigt. Verf. hat» entweder ein fast abortives Zurückgehen leichter Entzündungen, oder ein Abschwellen der mässig entzündeten Theile und einen auffällig schnellen Zerfall der schwerer erkrankten Gewebe zu wohl abgegrenzten, durch Fluctuation leicht nachweisbaren dünnen Eiter enthaltenden Abscessen» gesehen. Etwa vorhandene Wunden sind mit trockenem aseptischen oder Jodoformmull zu bedecken. Das Verfahren ist bisher bei Phlegmonen, Lymphangitis, bei Panaritien, Furunkeln und Mastitis angewendet worden. Verf. ist sehr befriedigt vom Erfolg und fordert die Herrn Collegen an das Mittel anzuwenden.

Grimm.

P. Bruns (Tübingen): Ueber die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung. (Deutsche med. Wochschr. № 41).

Die Erfolge, welche man in jüngster Zeit mit dem Schilddrüsensaft bei Myxoedem, sporadischem Kretinismus und Entkropfungskachexie erzielt hat, veranlassten B. dieselbe Therapie auch bei den Strumen anzuwenden; und zwar wurden ausschliesslich Parenchymkröpfe mit dieser Methode behandelt, da Cystenkröpfe für solch eine Therapie von vornherein keine Aussicht bieten. Zur Fütterung wurden frische, rohe Schilddrüsen vom Hammel und Kalb benutzt, welche fein geschabt in Oblaten oder mit Butterbrod genossen wurden; die Einzelgabe betrug gewöhnlich 5—10 Grm. Im Ganzen wurden 12 Fälle behandelt, von denen 9 geheilt oder erheblich gebessert wurden, während 3 sich als renitent erwiesen. Vollständig geheilt sind 4 Fälle im Alter von 4—12 Jahren. Die Drüse fand sich hier in allen ihren Theilen vergrössert, dabei war 2 mal starkes pulsatorisches Schwirren in der Struma zu fühlen. Die Besserung trat schon nach 8—14 Tagen ein; die Tumoren waren bedeutend verkleinert, der Stridor verschwunden, der Halsumfang hatte bedeutend abgenommen. In einem Falle (40jähriger Mann) verschwand völlig innerhalb von 4 Wochen eine seit 6 Jahren bestehende rechtsseitige, faustgrosse Struma mit Verdrängung der Trachea und starken Athembeschwerden, in einem anderen Falle (14jähriger Knabe) wurde innerhalb 4 Wochen eine faustgrosse Struma soweit zur Rückbildung gebracht, dass der Halsumfang um 7 Cm. abgenommen hat, es blieb nur noch ein kleiner cystischer Rest nach. Den neun Fällen mit positivem Erfolg stehen 3 mit negativem gegenüber, bei diesen war die in Rede stehende Behandlungsmethode von gar keinem Einfluss. Ueble Nebenwirkungen der Schilddrüsenfütterung hat B. nur ein einziges Mal beobachtet: Kopfschmerzen, Uebelkeit, Pulsbeschleunigung und Abnahme des Körpergewichts; diese Erscheinungen gingen bald nach dem Aussetzen der Fütterung wieder zurück. Im Ganzen schwankte die innerhalb 2—5 Wochen dargereichte Menge von Schilddrüse zwischen 40 und 200 Grm. B. empfiehlt bei Erwachsenen alle 8—14 Tage nicht mehr, als 10 Grm., bei Kindern 5 Grm. Drüsensubstanz zu verbrauchen. Er schliesst auf Grund seiner Erfahrungen, dass die Schilddrüsenfütterung auf manche Strumen eine specifische Wirkung ausübt, indem sie eine rasche Verkleinerung des Tumors anbahnt. Der Erfolg ist am sichersten im kindlichen und jugendlichen Alter und beginnt gewöhnlich schon nach einigen Dosen sich bemerkbar zu machen.

Abelmann.

Benzler: Ueber Arzneiexanthem, besonders nach Antipyrin. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift. Heft 6. 1894).

Nach Verf. giebt es verhältnissmässig wenig Mittel, die vollkommen frei von unbeabsichtigten Nebenwirkungen sind. Nach Lewin können unter 402 Arzneimitteln (ohne Berücksichtigung der reinen Aetzmittel) 204 = 50,7 pCt. eine Erkrankung der äusseren Körperoberfläche erzeugen und unter ihnen 109 = 27,1 pCt. bei innerlichem Gebrauch. Am bekanntesten sind die Hauterkrankungen nach: Antifebrin, Antipyrin, Arsenik, Atropin und Belladonna, Bromkali, Chinin, Chloralhydrat, Chloroform, Copaiv- und anderen balsamischen Mitteln, Digitalis, Jod, Morphium, Naphthalin, Ol. jecoris aselli, Opium, Paraldehyd, Phenacetin, Quecksilberpräparaten, Rhabarber, Salicylsäure u. a. m. Nach Behrend sind 3 verschiedene Arten von Arzneiexanthemen zu unterscheiden: 1) bedingt durch specifische Arzeneiwirkung z. B. hyperämische Erytheme nach Belladonna etc. 2) Eruptionen in Folge der Ausscheidung der Arzneistoffe durch die drüsigen Organe der Haut z. B. folliculäre Entzündungen in der Form der Acne oder Furunkel (Jod-Brom-Ausschläge) 3) durch dynamische Wirkung der Arzneimittel bedingte Ausschlagsformen bei Störung des Allgemeinbefindens etc., die eigentlichen Intoxicationen. Die Mannigfaltigkeit der Hauterkrankungen ist sehr gross, als Erythema hyperaemicum, Urticaria medicamentosa, Erythema exsudativum multiforme, Dermatitis medicamentosa diffusa etc. In der Regel wird der Ausschlag bei Fortsetzung des Gebrauchs des Mittels stärker und schwindet spontan beim Nachlassen des Mittels, um von Neuem zu erscheinen sobald der Gebrauch des Mittels erneuert wird. Das Nähere ist im Original nachzulesen, speciell eine genaue Beschreibung der schädlichen Wirkung des Antipyrins bei innerem Gebrauch auf die verschiedenen inneren Organe des Körpers, speciell auch auf die Haut.

Grimm.

Allen Starr und A. J. McCosh: A contribution to the localisation of the muscular sense. (The American Journal of the medical sciences, November 1894).

Ein 21-jähriger Mann, aus gesunder Familie, hatte im Alter von 5 Jahren eine Kopfverletzung erlitten. Er war 12 Stunden besinnungslos gewesen und im Anschluss an die Verletzung entwickelten sich dauernde Schmerzen in der linken Scheitel- und Hinterhauptgegend und unmotivirte psychische Emotionen, die zeitweise auftraten. 16 Jahre alt fiel Pat. wieder auf den Kopf und war mehrere Stunden bewusstlos. Seitdem verschlimmerte sich sein Zustand, indem alle paar Tage maniakalische Anfälle auftraten, und die Kopfschmerzen sich verstärkten. Er erinnerte sich an die Anfälle nicht, verlor zuweilen das Bewusstsein, hatte aber nie Convulsionen. Die sensiblen und motorischen Functionen waren vollständig normal. Zwischen linkem Tuber parietale und der Mittellinie war eine kleine Narbe, der Schädel darunter uneben; hier waren auch die Kopfschmerzen am stärksten. An dieser Stelle wurde trepanirt. Das Pericranium verdickt und dem Knochen sehr fest adhärent, der Knochen ein wenig deprimirt. Die Trepanationsöffnung wurde 1 Zoll gross gemacht, ihr Centrum war 1¼ Zoll nach links von der Medianlinie und 1¾ Zoll hinter der Fissura Rolandi gelegen. Tabula vitrea und Dura mater normal. Nach Spal-

tung der letzteren und Erweiterung der Trepanationsöffnung sah man an der Hirnoberfläche und in der Pia mater ein Convolut sehr erweiterter Venen: das ganze Paquet hatte etwa 1 Zoll im Durchmesser. Es wurde nach Umstechung an der Peripherie nebst einer oberflächlichen dünnen Schicht der Hirnrinde exstirpirt. Punction des Gehirns ergab kein Resultat. Wundverlauf gut, sodass Pat. nach 10 Tagen das Hospital verliess. An die Operation schloss sich ein vollständiger Verlust des Muskelsinus in der rechten obern Extremität: Pat. konnte bei geschlossenen Augen die Stellung der Finger, der Hand, des Armes nicht angeben, eine geforderte bestimmte Stellung derselben nicht einnehmen, die Bewegungen waren vollständig ataktisch, jede Coordination unmöglich. Dabei war die grobe Muskelkraft in der rechten Hand grösser als links, Tastgefühl, Temperatur- und Schmerzempfindung normal. Das rechte Bein und Gesicht unverändert. Die Erscheinungen hielten 3 Wochen an und verloren sich dann allmählich nebst Kopfschmerzen und psychischen Anfällen vollständig. Die verletzte Hirnpartie verlegen die Verf. an die Verbindungsstelle per obern und untern Parietalwindung. Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rosenheim: Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates mit besonderer Berücksichtung der Diätetik. II. Th. Krankheiten des Darmes. 631. S Wien-Leipzig Urban und Schwarzenberg 1893.

Seit Leube's bekannter Darstellung der Darmkrankheiten im VII. Bande des Ziemssen'schen Handbuches im Jahre 1876 ist bisher, trozdem sich auf diesem Gebiete eine grosse Wandlung der Anschauungen vollzogen hat, keine eingehendere Behandlung der Darmkrankheiten veröffentlicht worden. Theilweise wurde diese Lücke durch Nothnagels «Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes» 1884 ausgefüllt. In denselben unterzieht der Verfasser nur einzelne ausgewählte Kapitel einer eingehendern Beurtheilung. Daher müssen wir es mit dankbarer Freude anerkennen, dass es Rosenheim unternommen hat unter Eingangs erwähntem Titel eine genauere fachgemässe Darstellung der gesammten speciellen Pathologie der Darmkrankheiten zu geben, nachdem er schon im Jahre 1891 die «Krankheiten des Magens» vorausgeschickt hatte (cf. Ref. St. Petersb. Wochenschrift 1891, pag. 316). Auf letzterem Gebiete concurrirt R. mit mehreren anderen gleichzeitig erschienenen Werken. In den «Krankheiten des Darmes», hat er vorderhand — wenigstens in der deutschen Literatur — keine Nachfolger gefunden. Dieser Umstand allein würde genügen das Werk zu empfehlen. Jedoch empfiehlt sich dasselbe durch die Art der Behandlung des Thema's auch schon allein durch sich selbst; und macht sich nicht allein dem Studirenden, sondern auch dem mit dem Stoffe vertrauten Arzte unentbehrlich.

Nach einer einleitenden Uebersicht über die Anatomie des Darmes bespricht Verf. in klarer Darstellung die Physiologie der Darmverdauung und geht dann zu der physikalischen Untersuchung über; hierbei verdient besonders das Kapitel über die Untersuchung der Faeces hervorgehoben zu werden. Dieser Einführung folgt dann die Besprechung der entzündlichen Processe des Darmes, des Ileus, der Tumoren. An geeigneter Stelle findet überall auch die chirurgische Behandlung eine eingehende Berücksichtigung. Sehr [illegible]ar ist auch der folgende Abschnitt der Darmneurosen und [illegible]er Splanchnoptose, in welchem der Verf. ein überaus schw[illegible]iges und noch neues Gebiet betritt. Wie in den «Krankh[illegible]en des Magens», so werden auch hier die Neurosen in Mobil[illegible]ts-Sensibilitäts- und Secretionsneurosen eingetheilt, wodurch [illegible] Uebersichtlichkeit derselben wesentlich gefördert wir[illegible] Den [illegible]hluss des Werkes bildet das Kapitel über die Darm[illegible]ten.

Wir wünschen dem Werke au[illegible]ig den besten Erfolg und möchten dasselbe Jedermann s[illegible] warm empfehlen.

Westphalen.

F. Karewski: Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters. Mit 325 Abbildungen. Verlag von F. Enke. 1894. 780 S. Preis 20 Mark.

Mit Freuden begrüssen wir das Unternehmen des verdienstvollen Autors, uns ein den modernen Anschauungen entsprechendes Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Kindes zu schenken, die seit dem Erscheinen des Gerhardt'schen Handbuchs keinen Bearbeiter gefunden haben. Umsomehr, als er durch seine reiche Erfahrung und Thätigkeit an der chirurgischen Poliklinik des jüdischen Krankenhauses zu Berlin im Stande war, der gestellten Aufgabe gerecht zu werden.

Wir wollen uns nicht in eine genaue Analyse des interessanten Werkes, dessen Studium wir jedem Kinderarzte warm empfehlen, einlassen, sondern nur kurz einige Punkte, die unserer Meinung nach Aufmerksamkeit verdienen, hervorheben. Wenn der Stoff nicht ganz gleichmässig bearbeitet ist, so liegt der Hauptgrund wohl darin, dass naturgemäss Veränderungen des Organismus, die Differenzen von den für das spätere Alter bekannten Erfahrungen nicht aufweisen, kürzer abgehandelt werden mussten. Die Eintheilung der Erkrankungen vom aetiologischen Gesichtspunkt aus, wie sie K. in seinem Werke giebt, lässt ja vielfach Kritik zu, da es noch weiterer Klärung und genauerer Präcisirung bedarf, ehe eine solche Eintheilung systematisch und einwurfsfrei durchgeführt werden kann; immerhin hat K. sich bestrebt, so gut wie möglich die Klippen zu vermeiden. Daher mussten z. B. die Hämophilie unter die «Infectionskrankheiten mit chronischem Verlauf», die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums in das Kapitel der «Infectionskrankheiten einzelner Gewebe durch den Eitercoccus und diesen verwandte Processe (Mischinfection)» aufgenommen werden, wo auch die Diphtherie abgehandelt wird. Letztere ist übrigens nicht präcise genug vom Krup geschieden, was vermieden werden konnte. wenn anstatt «Krup» — Laryngitis catarrhalis etc. gesetzt worden wäre. Bei Besprechung der Stenose in Folge Larynxaffection möchte K. besonderes Gewicht auf die «Einziehungen» und das charakteristische «Respirationsgeräusch» legen. Wir glauben dem noch hinzufügen zu müssen, dass der gewissenhafte Arzt neben diesen zwei Symptomen eine mindestens ebenso grosse Aufmerksamkeit dem Puls schenken wird. Im Kapitel über Tracheotomie und Intubation sind Technik und Nachbehandlung klar und ausführlich beschrieben und stimmen wir vollkommen mit dem Autor überein, wenn er sagt, dass die Intubation nur im Hospital vorgenommen werden sollte, nur dort, wo stets ein Arzt zur Hand ist. Im Gegensatz zu anderen zieht K. der Tonsillotomie die Entfernung der Mandeln mit dem Knopfmesser vor, doch warnt er vor der Narkose bei Ausführung der Operation, was nicht genug beherzigt werden kann. Warum das «Wachsthumsfieber» (Bouilly) in das Kapitel der «Infectionen einzelner Gewebe durch den Eitercoccus etc.» aufgenommen und so ausführlich behandelt wurde, ist uns nicht recht klar, da K. selbst, der unlängst eine einschlägige Arbeit veröffentlicht hat. zugiebt, dass noch weitere Beobachtungen zu entscheiden haben werden, ob es eine solche «abortive Form der Osteomyelitis» in der That giebt. Dem darauf folgenden lesenswerthen Abschnitte über acute Osteomyelitis (K. räth hier dringend frühzeitiges radicales operatives Eingreifen) und acute Entzündung der Gelenke schliesst sich das grosse Kapitel der «Infectionskrankheiten mit chronischem Verlauf» an, das Bluterkrankheiten, Aktinomykose, Syphilis und die verbreitetste chirurgische Erkrankung des Kindesalters, die Tuberkulose umfasst. Hier wäre besonders hervorzuheben die Spondylitis (mit recht guten Abbildungen), die Coxitis und Gonitis, als häufigste Form der Gelenktuberkulose ausführlich besprochen. In der Tuberkulinfrage hat sich Autor einen erfreulich nüchternen Standpunkt gewahrt, den jetzt wohl die meisten Chirurgen theilen werden. Dagegen bekennt er sich als Anhänger der Jodoformbehandlung (Jodoformglycerin und Jodoformölinjectionen) und hält operative Massnahmen, denen ausgiebige Jodoformtamponade folgen soll, nur da für berechtigt, wo die «Jodoformbehandlung fehlgeschlagen hat, oder wo man eine gewisse Sicherheit hat, von der Einschnittstelle her an den Krankheitsherd zu gelangen und ihn radical zu beseitigen». Autor neigt also einer conservativen Behandlung zu, die sich dank den Resultaten in der lezten Zeit mit Recht wieder zahlreiche Anhänger erworben hat. Unter den conservativen Methoden haben wir übrigens vergebens die von Bier angegebene gesucht, obgleich sie wohl erwähnenswerth wäre. Aktinomykose und Syphilis sind natürlich bedeutend kürzer als die Tuberkulose abgehandelt. Im Abschnitt über Syphilis ist uns aufgefallen, dass auch K. es sich nicht hat nehmen lassen, aus «Gumma» — «Gummi» zu machen (daneben «Gummata», «gummatös»), welche Schreibweise neuerdings Mode zu werden scheint.

In dem für operative Eingriffe besonders bedeutungsvollen Kapitel der «angeborenen Missbildungen» seien die Spina bifida, Atresia ani, Labium leporinum hervorgehoben, bei deren Besprechung die neuesten Arbeiten und therapeutischen Methoden berücksichtigt werden. Es sei hier noch erwähnt, dass K. dem Abschnitt über Hernien eine genaue Beschreibung der von ihm geübten und sehr befriedigende Resultate gebenden Radicaloperation (Ligatur des Bruchsackes, ohne Naht der Bruchhüllen, Jodoformtamponade) beigefügt hat. Der gegenwärtige Standpunkt in der Therapie der angeborenen Hüftgelenkluxation ist wohl dahin richtig fixirt, dass die Hoffa'sche Operation bessere Aussichten auf Erfolg eröffnet, ohne dass wir indessen jetzt der mechanisch orthopädischen Behandlung entrathen könnten, oder in der Operation ein absolut sicheres Heilmittel hätten. Im Anschluss an das Kapitel der «Störungen des Wachsthums», wo sich K. vielfach und mit Recht auf das bekannte Hoffa'sche Lehrbuch der Orthopädie stützt, so namentlich bei Schilderung der Scoliose, sind die Poliomyelitis anterior acuta und die im Gefolge dieser Krankheit auftretenden Deformitäten genauer abgehandelt und mit

charakteristischen Abbildungen versehen. Auch die Geschwülste hat K. nicht unberücksichtigt gelassen und die im Kindesalter häufiger vorkommenden (Angiom, Lymphom, Sarkom) einer eingehenderen Besprechung unterzogen. Im letzten Kapitel werden unter «Varia» Erkrankungen des Mastdarms (Fistula ani, Fissura ani, Prolaps), Intussusception, Perityphlitis und Steinkrankheiten zusammengefasst. Mit Recht wird bei der Diagnose der Perityphlitis die Nothwendigkeit der Rectaluntersuchung betont; aus der ganz kurz angedeuteten Therapie hingegen lässt sich kein Schluss über den Standpunkt des Autors in Bezug auf die Indication zum operativen Verfahren ziehen.

Dem trefflich ausgestatteten Werk ist ein ausführliches Sachregister beigefügt. Weyert.

Handbuch der Kinderkrankheiten herausgegeben von Geh. Med. Rath Prof. Dr. C. Gerhardt. III. Nachtrag. Die Krankheiten der Thymusdrüse. Von Dr. Carl Hennig. Professor der Medicin in Leipzig. Tübingen 1893. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Preis 1 Mark 20 Pf.

Jedem Kinderarzt, der sich für dieses zum Theil noch recht dunkle Kapitel der Pathologie interessirt, empfehlen wir die Anschaffung dieser Monographie. In derselben sind die Erkrankungen der Thymusdrüse in erschöpfender Weise abgehandelt und mit einer genauen Literaturangabe versehen, so dass man sich leicht über verschiedene Fragen orientiren kann. Verfasser schildert zunächst recht ausführlich den anatomischen Bau der Drüse und führt das wenige, was wir über die physiologische Function derselben wissen, an. Alsdann geht er zur Pathologie über, wobei das sog. Asthma thymicum besonders eingehende kritische Darstellung erfährt. Auch die gut- und bösartigen Neubildungen der Thymus, sowie die Tuberculose und Syphilis der Drüse werden genügend berücksichtigt. Abelmann.

В. Вундтъ: Лекціи о душѣ человѣка и животныхъ. С.-Петербургъ, изданіе Риккера

Das bekannte Werk W. Wundt's: Vorlesungen über die Menschen- und Thierseele, das bekanntlich vor etwa 2 Jahren in völlig umgearbeiteter 2 Auflage erschienen ist, ist nun auch dem russischen Leser dank der Ricker'schen Verlagshandlung zugänlich gemacht. Das Werk ist so bekannt und sein Werth allseitig anerkannt, dass an dieser Stelle darüber kein Wort zu verlieren ist. Es sei nur erwähnt, dass die von Dr. Rosenbach besorgte Uebersetzung als völlig gelungen bezeichnet werden kann. Die Verlagshandlung ihrerseits hat dem Buche eine angemessene Ausstattung gegeben, so dass sich dasselbe in jeder Beziehung von vielen anderen billig und schlecht hergestellten russischen Uebersetzungen ausländischer medicinischer Werke rühmlichst unterscheidet. Wir wünschen dem Wundt'schen Buche auch in der russischen Uebersetzung eine möglichst weite Verbreitung. B.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. October 1894.

1. Dr. Bergmann demonstrirt einen von ihm am vorhergehenden Tage exstirpirten Hydronephrosensack, welcher der rechten Niere angehörend von einem c. 40 a. n. Manne stammt, der seit einiger Zeit gelegentlich Haematurie gehabt hat. Die Operation verlief glatt und geht es Patient bis jetzt gut. (Nachträglich bemerkt Dr. Bergmann, dass Pat. an einem perforirenden Ulcus ventriculi zu Grunde gegangen ist).

2. Dr. Deubner demonstrirt einen fibrinösen Abguss eines Bronchialastes, welcher von einer c. 60 a. n. Patientin, welche an Phthisis pulm. leidet, expectorirt worden ist.

3. Dr. Bergengrün demonstrirt einen Kehlkopf, welcher hochgradige perichondritische Processe aufweist, welche im Verlaufe eines Typhus abd. entstanden sind, und betont die Seltenheit dieser Form.

Dr. Krannhals kann nach seinen Erfahrungen bei Sectionen im Stadtkrankenhause nur die Seltenheit so hochgradiger Formen zugeben, geringere Grade habe er häufiger beobachtet.

Dr. Mey fragt, ob diese perichondritischen Processe in directen aetiologischen Zusammenhang mit dem Typhus abd. zu bringen wären.

Dr. Paul Klemm ist der Ansicht, dass diese Frage sich nur durch bakteriologische Untersuchungen beantworten liesse, und da solche bisher ausstehen, die Frage noch als eine offene zu betrachten sei.

4. Dr. Rulle hält seinen angekündigten Vortrag über die mechan Behandlung der Lageveränderung des Uterus. (Erscheint demnächst im Druck). Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

Sitzung am 19. October 1894.

1. Discussion über den Vortrag der Lageveränderung des Uterus.

Dr. Gilbert meint, dass Dr. Rulle mit Unrecht dem Bandapparate eine Bedeutung bei der Fixation des Uterus abspreche, da es gerade nach neueren Untersuchungen feststehe, dass in den Bändern Muskelfasern verlaufen. Er selbst habe zwar keine Erfahrung über die Anwendung des Intrauterinpessar, doch laute dieselbe nach Mittheilungen von autoritativer Seite z. B. Schultzes, sehr ungünstig, weshalb er sich nicht entschliessen konnte diese Methode in Anwendung zu ziehen, um so weniger, als in allen uncomplicirten Fällen mit einem gewöhnlichen Scheidenpessar gute Resultate zu erzielen wären, in den complicirten aber direct schädliche Folgen zu befürchten wären. Wo ein gewöhnliches Pessar nicht Resultate aufweise, leisten die operativen Verfahren, über die Dr. Rulle entschieden zu ungünstig urtheile, gutes, wie neuen Publicationen zu entnehmen ist, die in letzter Zeit von Dührssen und Küstner veröffentlicht worden sind. Auch er selbst habe sich neulich wiederum von dem günstigen Resultate an einem Falle überzeugen können, den er 3 Wochen nach der von ihm ausgeführten Operation zu untersuchen Gelegenheit gehabt, wobei der Uterus sich in normaler Lage befunden habe.

Dr. Rulle bemerkt demgegenüber, dass es ihn hier zu weit führen würde, die anat. Verhältnisse bis in die Details zu verfolgen. Er leugne durchaus nicht das Vorhandensein von Muskelfasern in den Bändern, nur über ihre physiologische Function hege er differente Anschauungen, da dieselben bei normalen Verhältnissen nicht in Wirkung treten können, weil ihnen das zur Wirkung nothwendige Hypomochlion fehle. Erst wenn z. B. die Retractores über die physiol. Grenze hinaus angespannt werden, treten sie in Function. Er habe durchaus nichts gegen das operative Verfahren, nur erscheine ihm seines ebenso sicher wirkend, dabei aber weniger gefährlich und bedeutend billiger.

Dr. Treymann hat früher den intrauterinen Stift in Verbindung mit dem Scheidenpessar oft in Anwendung gebracht, doch ist er von dieser Behandlung ganz zurückgekommen, da sie lästige Katarrhe des Endometriums bei längerer Anwendung im Gefolge habe. Das Schultz'sche 8 Pessar leiste dieselben Dienste, wofür Dr. Treymann Belege aus seiner Praxis vorlegt. Schlimme Katarrhe bleiben hierbei aus. Da aber jede Pessarbehandlung nur als Palliativmittel anzusehen sei, müsse jeder Gynäkologe sich bemühen, die Operations-Methoden möglichst zu beherrschen, denn die Operation leiste entschieden Gutes, wenn sie bei richtiger Indicationsstellung von geschickter Hand ausgeführt werde. Die Operationen sind mehr technisch schwer als gefährlich.

Dr. Rulle betont, dass hier seinen günstigen Erfahrungen Dr. Treymanns ungünstige gegenüberstehen. Bisher konnten aber nur ungünstige Resultate erzielt werden, weil dieser Behandlung eben die wissenschaftliche Basis fehlte.

Dr. Hach hält ein näheres Eingehen auf diese Frage in einer Versammlung von Aerzten, wo nur der kleinste Theil aus gynäkol. Fachleuten bestehe für inopportun. Er für seine Person habe — namentlich in früherer Zeit — den intrauterinen Stift häufig, und fast immer mit gutem Resultate in Anwendung gebracht, namentlich bei schlaffem Uterus, bei zur Blutung führenden Retroflexionen. Diese Behandlung dürfte aber nur von durchaus sachverständiger Hand ausgeübt werden, da sie sonst allerdings unberechenbaren Schaden bringen könnte.

Dr. v. Knorre bemerkt, ihn habe der Vortrag sehr interessirt, weil Dr. Rulle in richtiger Würdigung des Umstandes, dass Kenntniss der normalen Lage des Uterus nur durch Untersuchung an der lebenden Frau gewonnen werden könne, dieselbe schon lange vor den bahnbrechenden Arbeiten Schultze's selbständig gefunden. Bei Berücksichtigung der die Lage bedingenden Momente scheint ihm aber der Vortragende dem Bandapparat des Uterus doch zu wenig Bedeutung zuzumessen, die Wirkung und Thätigkeit desselben sieht man in unverkennbarer Weise bei Ausschaltung des intraabdominalen Druckes, wobei die Gebärmutter doch in der normalen Anteflexio versio verbleibe, ferner stellten in gleicher Weise die Ligamente die durch physiol. Füllungszustände der Nachbarorgane — Blase und Rectum — veränderte Lage des Uterus, nach Entleerung derselben, wieder her. Das vom Vortragenden entwickelte Princip für die Behandlung der Retroflexion und des Prolapses, sei als ein durchaus richtiges anzuerkennen, doch will er den Intrauterinstift nur dann in Anwendung gezogen wissen, wenn eine Pessarbehandlung resultatlos, eine Operation durch andere Gründe nicht geboten erscheint. Dem Stifte haften doch eine Reihe von Gefahren an, die eine Verallgemeinerung seiner Anwendung ausschliessen dürfte. Beim Prolaps namentlich dürfte der Stift wohl nicht sufficient sein

und der Operation das Feld räumen. Gegenüber Herrn Dr. Gilbert glaubt er vor einer allgemeinen Substitution des Pessars durch die Vaginofixation warnen zu müssen, auch trotz der jüngst veröffentlichten glänzenden Resultate Dührssens und Küstners. Noch kürzlich habe er Gelegenheit gehabt einen von lezterem Autor operirten Fall zu sehen, der einen vollständigen Misserfolg darstellte.

2. Dr. v. Rimscha. Ueber den Gebrauch der kalten Schlinge in der Nasenchirurgie. R. vertritt die Ansicht, dass mit Unrecht die heisse Schlinge die kalte zu verdrängen beginnt. An 111 wegen Muschelhypertrophien Operirten erlebte R. 2 Mal stärkere Blutungen (ohne Ohnmacht). Das eine Mal handelte es sich um Nichtbefolgung der gegebenen Vorschriften (Ruhe und Vermeidung von Alkoholgenuss) — Pat. hatte 2 Operat. gut vertragen, und bei der dritten blutete er — und das andere Mal um eine alte Patientin mit apoplect. Habitus und Emphysem. Bei Pat. mit Plethora resp. Organerkrankungen, die Circulationsstörungen bedingen, soll man nach Möglichkeit die kalte Schlinge vermeiden. Wenn mit der heissen Schlinge operirt wird, so ist nach R. nur die Methode, die er bei Prof. Chiari gesehen hat, zulässig: eine ganz allmälige Abtragung der Hypertrophie. Nur auf diese Weise kann sich ein genügender Schorf bilden, der eine Blutung verhindern kann. Die Furcht also vor einer Nachblutung bei der kalten Schlinge ist nach dieser Zusammenstellung entschieden übertrieben. Die Verhinderung der Nachblutung ist aber der einzige Vortheil der heissen Schlinge vor der kalten. Im Uebrigen hat letztere mancherlei Vorzüge, indem sie im Allgemeinen handlicher ist, einen dünneren Schaft hat, so dass man besser sehen kann, der Draht elastischer ist, wodurch das Anlegen erleichtert wird. Die heisse Schlinge macht zuweilen unbeabsichtigte Nebenverschorfungen, die zu Verwachsungen führen können; sie versagt zuweilen auch bei den besten Apparaten; die Reaction ist entschieden stärker als bei der kalten Schlinge. Der Hauptvortheil der kalten Schlinge liegt aber in dem Umstande, dass man mit ihr eventuell blind operiren kann, wozu man hier am Orte wegen im Allgemeinen eng gebauter Nasen oft gezwungen wird. Auch ist eine Verletzung des Knochens ausgeschlossen, da bei zufälligem Fassen desselben die kalte Schlinge vom Knochen abgleitet. (Autoreferat)

Dr. Bergengrün stimmt Vortragendem in Betreff der bei uns anzutreffenden Nasenenge im Vergleich mit andern Gegenden z. B. Berlin und Wien zu. Ebenso den von Vortragendem hervorgehobenen Vorzügen der kalten Schlinge.

Dr. Bergmann hat von Pat., die mit der heissen und später mit der kalten Schlinge behandelt worden sind, die grosse Schmerzhaftigkeit des lezteren Verfahrens betonen hören.

Dr. v. Rimscha hat von seinen Pat. niemals derartige Klagen zu hören bekommen.

Dr. Böhlendorff plaidirt im Interesse der Reinlichkeit für ein Instrument, bei dem die Schlinge ausserhalb des Rohres angebracht ist.

3. Dr. Meder berichtet über einen Fall von Intoxication mit Sulfonal.

Dr. Schönfeldt hat in Berlin einen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo die Section Nekrose des Nierenepithels nachgewiesen hat. Da Sulfonal jetzt in der Praxis viel verordnet und mit Unrecht für ein ungefährliches Mittel angesehen wird, hält er es für praktisch wichtig auf folgende Punkte aufmerksam zu machen: 1) dass als Vorzeichen einer Intoxication — ehe es noch zur charakteristischen Urinverfärbung gekommen — sich eigenthümlich braune Flecke auf der Wäsche, wo diese dem Körper anliegt, bemerkbar machen; 2) sich stets gleichzeitig eine hartnäckige Obstipation einstelle. Aufgabe der Therapie wäre es demnach ausser sofortiger Sistirung des Mittels längere Zeit hindurch die Diurese und Darmthätigkeit anzuregen.

Dr. Miram hat in mehreren Fällen auffallende Schwäche in den Beinen beobachten können.

Dr. Ed. Schwarz hat in der Literatur mehrere derartige Fälle beschrieben gefunden. Er selbst hat einen Fall von Intoxication beobachtet, wo eine auffallende Verlangsamung der Sprache zu constatiren war.

Dr. Tiling hält nach seinen Erfahrungen das Sulfonal durchaus nicht für ungefährlicher als das Chloral; auch wirke das Sulfonal oft erst in der nachnächsten Nacht, nachdem die Pat. am Tage nach der Verabfolgung oft über grosse Mattigkeit geklagt haben.

Dr. Meder betont, dass das Trional, ein dem Sulfonal chemisch nahestehendes Präparat, auch dessen Gefährlichkeit besitze. In der Literatur finden sich Angaben, dass bei Vergiftung mit Sulfonal sich auch Durchfälle statt der Obstipation einstellen können.

d. z. Secretair Dr. Radecki.

Vermischtes.

Der Leibarzt S. Maj. Geh.-R. Dr. Hirsch, welcher in der ersten Zeit nach seiner Rückkehr aus Livadia an Influenza erkrankt war, — ist genesen und hat seine Obliegenheiten als Leibarzt S. Maj. des jetzt regierenden Kaisers wieder aufgenommen. Bei seinem ersten Erscheinen in den ärztlichen Vereinen, deren Mitglied er ist (d. Deutschen ärztl. Verein und d. allg. Verein St. Petersburger Aerzte) wurde dem verdienten Manne ein warmer Empfang bereitet. Durch einmüthige Sympathiekundgebung der versammelten Collegen wurde ihm die Anerkennung zu Theil, welche ihm für sein einsichtiges ärztliches Handeln sowie für sein correctes Verhalten in der traurigen Zeit der Krankheit S. Maj. Kaiser Alexander III. gebührte. Dr. Hirsch war überdies in jenen schweren Tagen der Gegenstand niedrigster Verleumdungen und grober Beschimpfungen in ausländischen Tagesblättern gewesen und die Entrüstung über diese unsaubern Angriffe gab der collegialen Kundgebung zu seinen Gunsten noch einen verschärften Accent. Geh.-R. Dr. Hirsch steht noch in voller Manneskraft und wird sicherlich über unsres jungen Kaisers Gesundheit ebenso treu und gewissenhaft wachen, wie er es bei Seinem Vater gethan,— soweit es ihm gestattet wurde.

— Seine Majestät der Kaiser hat am 10. November Allergnädigst geruht, Seine Grossherzogliche Hoheit, den Herzog Michael Georgiewitsch von Mecklenburg-Strelitz zum Ehrencurator des hiesigen klinischen Elisabeth-Kinderhospitals zu ernennen.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat in ihrer letzten Sitzung den Metropoliten von St. Petersburg und Ladoga, Palladius, einstimmig zum Ehrenmitgliede der Academie gewählt.

— Der Militär-Medicinalinspector des Amur-Gebietes, Geheimrath Dr. W. N. Radakow, ist von der Kaiserl. Gesellschaft von Freunden der Naturkunde, Anthropologie und Ethnographie zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Prof. Dr. P. J. Kowalewski (Charkow), welcher wie wir bereits mitgetheilt haben, zum Rector der Warschauer Universität ernannt worden, ist von der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin und Hygiene an der Charkower Universität, deren langjähriges Mitglied und Präsident er war, zum Ehrenmitglied gewählt worden. Ebenso hat die Gesellschaft Odessaer Aerzte Professor Kowalewski das Ehrenmitglieds-Diplom übersandt.

— Auf den durch die Uebersiedelung Prof. Kowalewski's nach Warschau erledigten Lehrstuhl der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Charkower Universität ist Professor J. A. Anfimow, welcher den entsprechenden Lehrstuhl an der Universität Tomsk bisher inne hatte, übergeführt worden.

— Wie die «N. Dörpt. Ztg.» erfährt, ist der frühere Dorpater Professor der Physik, Dr. Arthur v. Oettingen, der bekanntlich nach Leipzig übergesiedelt ist, durch Ernennung zum ordentlichen Honorarprofessor (ohne Gehalt) seitens des Kgl. Sächsischen Cultusministeriums ausgezeichnet worden. Prof. A. v. Oettingen hat in Leipzig eine ungemein fruchtbare wissenschaftliche Thätigkeit entfaltet: seit einem Jahre führt er die Redaction der Ostwald'schen «Classiker der exacten Wissenschaften», wobei im Laufe dieses Jahres nicht weniger als 14 Publicationen erschienen sind; ferner hat er die Fortsetzung des biographisch-literarischen Wörterbuchs von J. C. Poggendorf übernommen. Die literarische Thätigkeit auf diesen beiden Gebieten hat vollen internationalen Werth. Prof. A. v. Oettingen aber ist zur Bewältigung dieser Arbeit ganz besonders befähigt — nicht nur wegen seines universalen Wissens, sondern auch wegen seiner ausserordentlichen Sprachenkenntniss.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der Kasanschen Universität Dr. Gwosdew hat nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist seine Lehrthätigkeit aufgegeben. Die betreffenden Vorlesungen sind einstweilen dem Privatdocenten Dr. K. M. Leontjew übertragen worden.

— Ordensverleihungen: der St. Wladimir-Orden II. Classe — dem Mitgliede des St. Petersburger Armen-Curatoriums, verabschiedeten Geheimrath Dr. Hermann Wutschichowski. Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem etatmässigen Consultanten der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg, für ambulante Kranke, Staatsrath W. Wasten; der St. Annen-Orden II. Classe — dem etatmässigen Specialisten derselben Heilanstalt, Staatsrath L. Schapiro.

— Ernannt: Der Docent der Warschauer Universität, Collegienrath Fedorow — zum ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der genannten Universität.

— Verstorben: 1) In Kiew der dortige freipракticirende Arzt, Staatsrath Dr. Heinrich Reimann, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Berliner Universität erhalten, an welcher er im Jahre 1854 auch die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann die Venia practicandi auch in Russland erlangt und das Examen



eines Accoucheurs und Medicinalinspectors abgelegt, war er in verschiedenen Militär- und Civilhospitälern St. Petersburgs Kiews und anderer Orte thätig. Im Jahre 1868 liess er sich in Kiew als Arzt bleibend nieder und bekleidete daselbst auch eine Reihe von Jahren das Amt eines Gehülfen des Gouvernements-Medicinalinspectors von Kiew. In den letzten Jahren war er als freiprakticirender Arzt in Kiew thätig und erfreute sich einer ziemlich ausgebreiteten Praxis als Frauenarzt. 2) In Wladikawkas der Gebietsarzt des Terekgebiets, wirkl. Staatsrath Dr. Bronislaw Woinowski-Krüger, im Alter von 60 Jahren. 3) Am 25. October in Wologda der Ordinator am dortigen Gouvernements Landschaftshospital Alexander Tischin im 32. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich als Leiter der Typhusabtheilung zugezogen hatte. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskaur Universität im Jahre 1889. war T. 4 Jahre einziger Landschaftsarzt im Kreise Jarensk des Wologdaschen Gouvernements. Er musste in seinem Bezirk oft weite Reisen machen, um einen Kranken zu besuchen, da viele Gemeinden in diesem Kreise 500 und mehr Werst von dem Wohnort des Arztes entfernt liegen. Der Verstorbene hat seine Frau mit 2 Kindern ganz mittellos hinterlassen.

— Der durch die Uebersiedelung Prof. Gussenbauer's nach Wien erledigte Lehrstuhl der Chirurgie an der Prager deutschen Universität ist dem ausserordentlichen Professor Dr. K. Weil übertragen worden.

— In Kiew soll ein bacteriologisches Institut eingerichtet werden. Die Kosten sind auf ca. 100,000 Rbl. veranschlagt worden, welche man zum Theil durch Privatspenden zu beschaffen hofft.

— Der bekannte Moskauer Apotheker W. Ferrein hat für ein in Moskau zu errichtendes bacteriologisches Laboratorium ein Haus im Werth von 30,000 Rbl. geschenkt und ausserdem Einrichtungsgegenstände im Werth von 5000 Rbl. gespendet.

— Das Budget der hiesigen militär-medicinischen Academie pro 1895 ist auf 438,010 Rbl. festgesetzt. Der Unterhalt der Klinik Wylie, welche aus 5 Kliniken mit zusammen 150 Betten besteht, ist auf 72,470 Rbl. veranschlagt.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt in allen Theilen des Reiches, in welchen sie noch herrscht, merklich ab; eine Ausnahme macht nur Podolien, wo die Seuche noch ungeschwächt fortbesteht. Im Laufe des October Monats ist die Epidemie in den Gouvernements Astrachan, Kielce, Kalisch und Tambow erloschen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. November d. J. 6247 (98 mehr als in der Vorwoche), darunter 192 Typhus — (19 mehr), 801 Syphilis — (44 weniger), 127 Scharlach (12 wen.), 46 Diphtherie — (7 mehr), 28 Masern — (12 mehr) und 16 Pockenkranke (9 weniger).

Am 19. November d. J. betrug die Zahl der Kranken 6387 (140 mehr als in der Vorwoche), darunter 183 Typhus — (9 weniger), 775 Syphilis — (26 weniger), 130 Scharlach (3 mehr), 38 Diphtherie — (8 weniger), 35 Masern — (7 mehr) und 15 Pockenkranke — (1 weniger).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Flecken Solischarowo (Gouv. Twer, Kreis Ostaschkow). Es ist ein Hospital von 15 Betten vorhanden. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Осташковская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Berdjansk. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und Quartiergeld 200 Rbl Adresse: «Бердянская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. November 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
255	180	435	95	22	81	13	6	11	37	34	31	37	34	27	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 2, Scharlach 18, Diphtherie 20, Croup 5, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 34, Todtgeborene 39.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. November.

Tagesordnung: Dr. Lunin: Zur Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Naseneiterungen, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen.

Dr. Germann: Zur Symptomatologie der Orbitalphlegmone, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.

Dr. v. Schröder und Frankenhäuser: Ein Fall von Eiterung und Necrose im Sieb- und Keilbeine nebst Durchbruch in die Orbita und Schädelhöhle.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December.



Дозв. ценз. Спб. 26 Ноября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, 3. (15.) December **1894**

Zur Casuistik der Extrauterin-Graviditäten.

Aus der Diaconissenanstalt zu Reval.

Von

Dr. W. Knüpffer.

(Vorgetragen im Revaler Aerzte-Abend.)

In Nachstehendem will ich den Herren Collegen einen Fall von Graviditas extrauterina mittheilen, den ich am 18. Juni 1893 in der Diaconissenanstalt zu operiren Gelegenheit hatte:

Pat. Frau D. ist bis zu ihrem 15. Lebensjahr gesund gewesen. Mit 11 Jahren Auftreten der Menses. Mit 15 Jahren heirathete Pat. 2 Jahre nachher ein Abort im II. M. nach einem Trauma mit nachbleibenden unregelmässigen Blutungen, Kreuzschmerzen, Uebelkeiten, Ohrensausen, Fluor albus. Es handelte sich um eine Retroflexio, die mittelst Pessarbehandlung gehoben wurde. Ein Jahr später wegen starker Endometritis Curettement und Amputatio portionis. Zweimal hat Pat. später noch abortirt, das letzte Mal vor 2 Jahren. Die Menses waren in den letzten Jahren regelmässig gewesen, von 5 tägiger Dauer.

Am 10. April 1893 stellten sich plötzlich 2 Tage vor der erwarteten Periode starke Schmerzen im Unterleibe ein. Pat. hatte mehrere Ohnmachtsanfälle und der Leib soll stark aufgetrieben gewesen sein, Uebelkeiten, Erbrechen, kein Fieber. Therapie: Eisbeutel auf den Unterleib, Opium, absolute Bettruhe.

Die starken Schmerzen dauerten 3 Tage, am 4. stellte sich eine Blutung von 7 tägiger Dauer ein, wobei Pat. das Abgehen von Hautstücken bemerkt haben will. Sehr langsam erholt Pat. sich und klagt nur über geringe Schmerzen beim Uriniren und beim Stuhlgang. Durch die vorgenommene Digitalexploration constatirte College Blacher einen leicht beweglichen, links vom Uterus gelegenen und mit demselben in Zusammenhang stehenden Tumor von Birnengrösse. Pat. hatte das Bett verlassen und fühlte sich verhältnissmässig wohl, da traten am 14. Mai, also wieder am Menstruationstermin, plötzlich heftige Schmerzen im Unterleibe auf, begleitet von Collapserscheinungen und Uebelkeiten. Der Leib aufgedrungen und sehr schmerzhaft.

Am 15. Mai sah ich Pat. zum ersten Mal. Bei der äusseren Untersuchung fanden wir (Blacher, Samson und ich) bis in Nabelhöhe reichend, links höher hinaufgehend eine deutliche Resistenz; Percussionsschall gedämpft. Wegen enormer Schmerzhaftigkeit konnte eine genaue Palpation nicht vorgenommen werden. Bei der inneren Untersuchung fanden wir durch einen das kleine Becken fast völlig ausfüllenden, prallelastischen und sich stark nach unten vorwölbenden Tumor die Portio völlig nach rechts verlagert. Wegen der Schmerzhaftigkeit ist der Fundus Uteri nicht abzutasten. Weichtheile aufgelockert. Therapie dieselbe.

Am 25. trafen wir uns wieder bei der Pat. Schmerzhaftigkeit bedeutend geschwunden, daher lässt sich der Tumor leichter abgrenzen. Er reicht bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels, hat sich nach rechts und links vergrössert und mehr aus dem kleinen Becken hervorgehoben.

Wir stellten die Diagnose auf linksseitige Graviditas extrauterina mit Rupturerscheinungen und wurde Patientin zur Beobachtung und zum Zweck einer Operation in die Diaconissenanstalt aufgenommen. Am 17. Juni Laparotomie: Nach der üblichen Desinfection wird die Pat. in Trendelenburgsche Lage gebracht. Schnitt in der Medianlinie bis 3. Querfinger oberhalb des Nabels. Sehr fettreiche Bauchdecken. Nach Eröffnung des Peritoneums stösst man bald auf den Tumor, der rings mit Därmen verwachsen ist. Es gelingt leicht den klein-kindskopfgrossen Tumor aus den frischen, leicht zu durchtrennenden Adhäsionen herauszuschälen. Die Farbe des Tumors ist eine dunkel-braunrothe, an manchen Stellen ins Grünliche spielend. Nach Lösung der Verklebungen lässt sich der Tumor leicht aus dem kleinen Becken vor die Bauchwunde vorwälzen. Der Uterus ist ganz nach rechts verlagert, links verläuft die Tube ca. 3 Centm. in normaler Dicke um dann ziemlich plötzlich in den Tumor überzugehen, dem lateralwärts das vergrösserte Ovarium platt aufsitzt. Die rechten Adnexe sind anscheinend normal. Nach Unterbindung des Stieles mit dickem Seidenfaden und Abtragung des Tumors mittelst Paquelin, Toilette der Bauchhöhle und Schluss derselben mit 15 durch Bauchdecken und Peritoneum greifenden Silkwormfäden und einigen oberflächlichen Seidenfaden. Fester Verband.

Durch einen langsam heilenden Bauchdeckenabscess und durch ein sich allerdings schnell resorbirendes Exsudat in der linken Seite wird die Reconvalescenz aufgehalten. Jetzt ist Patientin blühend und frisch. Der Uterus liegt normal, Parametrien beiderseits schmerzlos und frei von jeglichen Schwellungen.

Der kindskopfgrosse Tumor war gleichmässig rund und sass ihm, wie gesagt, das Ovarium platt auf. Fimbrien waren nicht zu sehen. Der Inhalt bestand aus theils coagulirtem, theils recht frischem Blut. An den Gerinnungen konnte man die verschiedenen Blutergüsse erkennen, doch auch bei genauester makroskopischer Durchsuchung war ein Fötus nicht zu finden. Zur Sicherstel-

lung der Diagnose war nun die mikroskopische Untersuchung von der allergrössten Bedeutung, um entweder Chorionzotten oder Deciduazellen nachzuweisen. Dass der Fötus fehlte ist kein Gegenbeweis gegen Extrauteringravidität. Schrenck[1]) führt in seiner Arbeit «über ectopische Gravidität», wo er 610 Fälle von Extrauteringravidität aus der Litteratur zusammengestellt hat, 29 Fälle an, wo kein Fötus, ja zuweilen sogar keine Deciduazellen und Chorionzotten nachzuweisen waren, und die Autoren doch ganz bestimmte Gründe hatten, ectopische Gravidität anzunehmen. Orthmann[2]) führen Untersuchungen über 10 Tubengraviditäten zu folgendem Resultat: «Findet man im Inneren der Tube ein festes organisirtes Blutcoagulum, so kann man mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Tubenschwangerschaft stellen.» Durch die angestellte mikroskopische Untersuchung der Wand des Tumors habe ich nun sowohl Chorionzotten als auch Deciduazellen nachweisen können. Sehr interessant ist im mikroskopischen Bilde an vielen Stellen der allmälige Uebergang des die Tube auskleidenden Cylinderepithels in die grossen Deciduazellen, was darauf schliessen lässt, dass es ein sehr frühes Stadium der Gravidität gewesen sein muss, da sich nur ein Theil des auskleidenden Cylinderepithels in Decidua umgewandelt hatte.

Einen zweiten Fall aus meiner Privatpraxis, wo ich ebenfalls die Diagnose «Extrauterin-Gravidität» stellte, konnte ich leider nicht operiren, doch bietet der Verlauf desselben mancherlei Interessantes.

Es handelte sich um eine 29 jährige Frau die 3 Mal geboren hatte. Anfang October 1892 letzte Regel. Ende November (also 1½ Monate nachher) trat dieselbe plötzlich sehr stark auf, verbunden mit den allerheftigsten Schmerzen. Es soll damals ein Gewebsfetzen abgegangen sein. Einige Tage später wurde ich hinzugezogen, weil sehr starke Schmerzen und Blutungen nicht enden wollten. Bei der combinirten Untersuchung konnte ich hinter der Symphyse den bedeutend vergrosserten Uterus herauspalpiren, hinter demselben, wie es scheint rechts in breiter Verbindung mit dem Uterus, füllt das kleine Becken eine prallelastische, an einigen Stellen eine härtere Resistenz zeigende Geschwulst aus, die in den folgenden Wochen bedeutend an Grösse zunimmt. Wehenartige Schmerzen und Blutungen dauern, trotz der gebräuchlichen Medicationen (Eisbeutel, Opium, Morphium, Ergotin etc.) bis Ende Januar fort, wo sie sich allmälig geben. Nun liess ich Pat. Sitzbäder von Kreuznacher Salz und Jodkali-Glycerin-Tampons bei äusserster Ruhe brauchen und Ende März konnte ich mit leichter Massage anfangen die Geschwulst zu vertheilen. Es gelang mir auch die Hämatocele retrouterina bis auf eine doppeltfaustgrosse Geschwulst zu verkleinern. Auf diesem Punkt blieb sie stehen. Ende Mai, nachdem ich Pat. längere Zeit nicht gesehen hatte, wurde ich eines Tages zu ihr abgeholt. Patientin klagte wieder über grosse, plötzlich aufgetretene Schmerzen und zeigte mir zwei grosse Blutgerinsel, (älteren Datums), die unter den zusammenziehenden Schmerzen aus der Scheide abgegangen waren. Pat. hatte am Tage vorher schwer gehoben. Bei der Untersuchung war der Douglassche Raum nicht mehr so prall anzufühlen und im hinteren Scheidengewölbe fühlte man deutlich eine schmerzhafte wunde Stelle. Ich proponirte vergebens der Patientin die breite Eröffnung des Douglas und Entfernung der Blutcoagula. Die Pat. ging nicht darauf ein. Am anderen Morgen wurde ich wieder abgeholt, es hatten sich plötzlich enorme Schmerzen im Leibe eingestellt, der Leib war aufgetrieben, schmerzhaft, es bestand Erbrechen, der Puls wurde schwächer, am Abend fadenförmig, Ohnmachten stellten sich ein. Es handelte sich offenbar um Ruptur, Durchbruch und Blutung in die Peritonealhöhle. Meine energischen Vorstellungen, dass eine Operation dringend nothwendig sei, und die einzige Möglichkeit zur Rettung, halfen nichts. Pat. liess sich nicht operiren. Den ganzen folgenden Tag lag Pat. pulslos da, erst am Abend wurde er ein wenig fühlbar, und besserte sich in den folgenden Tagen mehr und mehr. Am Tage darauf stellten sich Temperatursteigerungen ein, es entwickelte sich eine schwere langsam verlaufende Peritonitis, welcher Pat. erst im Juli erlag.»

Ich bin überzeugt, dass es sich in diesem Falle um eine extrauterine Gravidität mit nachfolgender Ruptur gehandelt hatte, dass aber durch eine Operation die Patientin hätte gerettet werden können, und zwar hätte schon die Ausräumung der Coagula aus dem Douglas sie retten können, ebenso auch noch nach der Ruptur in die Peritonealhöhle, Laparotomie, Ausräumen von oben her und Unterbindung der blutenden Arterien.

[1]) Schrenck: Ueber ectopische Gravidität. Inauguraldissertation Jurjew 1893.

[2]) Orthmann: Ueber Tubenschwangerschaft Zeitschrift f. Geb. und Gynäcol. 1890.

Ein Fall von primärem Pancreascarcinom.

Von

Dr. A. Kramer.

Assistenzarzt am Stadtkrankenhaus zu Libau.

Der Umstand, dass bei Sectionen an Diabetes mellitus Verstorbener sich häufig eine Erkrankung des Pancreas nachweisen liess, hat den Gedanken nahegelegt, letztere in causalen Zusammenhang mit dem Diabetes zu bringen und finden sich demnach in der Literatur zahlreiche, theils autoptische, theils experimentelle Belege für letztere Ansicht, freilich auch viele gegentheilige Ergebnisse, zu welch' letzteren auch der weiter unten zu referirende Fall gehört.

Was die Häufigkeit der Pancreaserkrankungen überhaupt anbelangt, so gehören dieselben ja bekanntlich zu den sehr seltenen Erscheinungen; so fand Segrè Remo (Annali univers. d. med. 1888) unter 11,500 Sectionen des Ospidale maggiore zu Mailand nur 132 Pancreastumoren, welche leztere ja die überwiegend häufigste Erkrankung des Pancreas ist. Von den Tumoren wiederum prävalirt das Carcinom bei weitem, so fand Segrè Remo unter 132 Tumoren 127 Carcinome. Förster fand unter 639 Sectionen 11 Carcinome (0,9 pCt.). Bei weitem kleinere Zahlen fand Angelet, nur 59,7 pCt. Carcinome unter den Pancreaserkrankungen überhaupt. Bis 1892 sind nach Miralliè 113 Fälle von primärem Pancreascarcinom beobachtet worden (Gaz. des hôp. № 94). Was nun die Form des Carcinoms anbetrifft, so ist dieselbe in der Mehrzahl der Fälle ein Bindegewebskrebs (Scirrhus) viel seltener Medullarkrebs, ganz vereinzelt nach Wagner Cylinderepithelkrebs, und nach Lücke und Klebs Gallertcarcinom.

Die Frage, welches Geschlecht bevorzugt ist, wird nach allen Statistiken dahin beantwortet, dass das männliche Geschlecht entschieden häufiger erkrankt und zwar ergiebt sich ein Mittel von 62 pCt.! warum, wird sehr verschieden, meist hypothetisch, beantwortet. Was nun die Localisation anbetrifft, so überwiegt die Erkrankung des Kopfes. Segrè Remo fand bei 57 Lagebestimmungen 35 mal das Caput, nur einmal die Cauda erkrankt, der Rest vertheilt sich auf das Corpus, respect. das ganze Organ. Einzelne Autoren unterscheiden ferner 2 Perioden der Erkrankung, die erste mit Vergrösserung der Leber, die 2. mit Verkleinerung derselben einhergehend.

Die Symptome des Pancreascarcinoms sind nach den meisten Autoren, wie Mehring, Minkoffsky, M. de Dominicin, Miralliè kurz folgende: Als Frühsymptome starker, nicht remittirender Icterus (nach Unverricht beobachtet man den stärksten Icterus bei Pancreascarcinom) meist Leber — und Gallenblasenvergrösserung — letzteres betont namentlich Moncorge im Gegensatz zu Barda Pic (Gazette med. de Paris 1888 № 38) welcher das Gegentheil gefunden hat, — ferner als constant, meist nicht sehr intensive Schmerzen im Epigastrium, meist Verstopfung, seltner Diarrhoe, Fett und gestreifte Muskelfasern im Stuhl, Polyphagie, Polydipsie, Polyurie, seltner Glykosurie, und immer schnelle Kachexie. Die Diagnose ist schwierig, meist nur per exclusionem zu stellen, nach Stein ist das wichtigstes Hilfsmoment behufs directer Diagnosestellung die unter dem Tumor fühlbare Aortenpulsation.



Die Prognose ist natürlich durchaus ungünstig, die Dauer der Krankheit beträgt nach Barda Pic (Revue de med. 1888) 5 Wochen bis 7 Monate, ist wohl aber etwas zu kurz gegriffen, da auch Beobachtungen von 10—12 monatlicher Dauer vorliegen. Metastasenbildung ist sehr häufig nicht vorhanden, meist auf die Leber oder Peritoneum beschränkt (nach Rutch (Boston med. aud. surg. journal 1885) Halliburton, Bohn und Stein.) seltner (nach Stein) ist auch das Rectum mit ergriffen.

Wenden wir uns nun zu dem im hiesigen Stadtkrankenhaus beobachteten Fall, bei welchem die Diagnose bereits im Leben mit Sicherheit gestellt werden konnte.

Er betrifft die Frau Henriette G. 56 a. n. welche am 30. Aug. 1894 mit allen Anzeichen eines hochgradigen Icterus hierselbst eintrat, mit der Angabe, bereits seit 6 Wochen sich unwohl zu fühlen. Subjective Beschwerden waren wenig vorhanden, das einzige bildeten Klagen über Schmerzen im Epigastrium, welche sie für durch Bandwurm verursacht hielt. Am 10. September wurde nach vorhergehenden von negativem Resultate begleiteten Untersuchungen eine solche in der Narcose vorgenommen; dieselbe ergab: keine Vergrösserung oder allgemeine resp. circumscripte Verhärtung der Leber, ebensowenig der Gallenblase, dagegen ein der Wirbelsäule fest anhaftender und dem Situs des Pancreas entsprechender nicht dislocirbarer Tumor, von harter knolliger Consistenz, namentlich deutlich palpabel die dem Kopfe des Pancreas entsprechende Partie; gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass der Tumor keinem sonstigen Organe angehörte, und dass sich ausser diesem kein weiterer Tumor nachweisen liess. Trotzdem der Stuhl keinerlei für Magencarcinom typische Anhaltspunkte bot, so wurden zur Sicherung der Diagnose noch Untersuchungen des Mageninhalts angestellt, derselbe wurde normal befunden, Salzsäure mit mehreren Proben nachgewiesen, die Untersuchung des sehr tief gefärbten Urins ergab mit Hilfe der von Rosin angegebenen sehr empfindlichen Reaction (Tinct. jodi 1 : 9 Alkohol) die für Gallenfarbstoff characteristische Grünfärbung an der Berührungsstelle; ferner fand sich kein Zucker, trotz wiederholter und modificirter Untersuchungen. Der Stuhl war thonfarben, enthielt kein Fett, dagegen viel unverdaute Muskelfasern. Die Therapie war theils symptomatisch, theils wurden Anilinfarbstoffe angewendet, wie Pyoktanin und Methylenblau, die aber bald wieder wegen gesteigerter subjectiver Beschwerden eingestellt wurden.

Trotzdem auch in diesem Falle der Appetit ein auffallend guter war, siechte Patientin continuirlich dahin, nach 4-wöchentlicher Behandlung im Krankenhause trat Ascites auf, bald darauf auch Oedem der unteren Extremitäten, und am 14. October, also nach 6-wöchentlichem Aufenthalt in dem Krankenhaus, erfolgte der Tod im Coma.

Bei der Obduction ergab sich folgendes: Alle Brustorgane von normaler Beschaffenheit, beiderseitige Wanderniere, Leber etwas verkleinert, Gallenblase mit stark schleimigem, mit einigen kleinen Concrementen vermischtem Inhalt gefüllt, Ductus choledochus von einem Tumor (Pancreas) vollständig umhüllt, jedoch frei und durchgängig. An Stelle des Caput Pancreatis ein circa faustgrosser Tumor von harter knolliger Consistenz, der Ductus Whirsungianus trotz sorgfältiger Untersuchung nicht nachweisbar, keinerlei Metastasen, weder im Bauchfell noch in der Leber. Im Uterus fand sich ein Myoma intramurale von circa 5 Ctm. Durchmesser. Die mikroskopische Untersuchung des Pancreastumors ergab einen Scirrhus mit sehr stark praevalirendem Bindegewebe. Das specifische Gewicht der Ascitesflüssigkeit ergab das für venöse Stase typische Gewicht von 1010, welches in diesem Falle sehr wohl durch Druck auf die Lebervenen erklärt werden kann.

Interessant war die Section durch den Nachweis des schon im Leben diagnosticirten Pancreascarcinoms, durch den Mangel an Metastasen und durch den seltenen Befund beiderseitiger Wanderniere.

Referate.

B. Krönig: Ueber das bakterienfeindliche Verhalten des Scheidensecretes Schwangerer. (Deutsche Med. Wochenschr. 1894 № 43).

Ausseninfection und Selbstinfection sind nach Kaltenbach in ihrem Wesen vollkommen identisch. Beide beruhen auf dem Eindringen pathogener Keime in den Genitalkanal; nur zeitlich sind beide Infectionsarten von einander verschieden. Die Ausseninfection wird bedingt durch Mikroorganismen, die während des Geburtsactes durch den touchirenden Finger in den Vaginalkanal eingeführt sind; die Selbstinfection dagegen durch Keime, welche während der Schwangerschaft oder sogar noch früher in den Genitalkanal gelangt sind, aber erst bei oder nach der Geburt ihre Wirkung entfalten. Krönig unterzog sich der Aufgabe zu prüfen, ob diese Erklärung der Selbstinfection richtig ist, und ob ihre Voraussetzung zu Recht besteht, der zufolge die Mikroorganismen im Scheidensecret einen ihnen zusagenden Nährboden finden, so dass sie also monatelang in der Vagina fortleben können. Ahlfeld nimmt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen an, dass jede Frau in ihrer Vagina Mikroorganismen beherbergt, die unter geeigneten Verhältnissen Fieber und Tod herbeiführen können; es erkranken aber nur die disponirten Wöchnerinnen. Döderlein unterscheidet zwischen normalem und pathologischem Scheidensecret. Ersteres reagirt stark sauer und enthält im Wesentlichen einen bestimmten Scheidenbacillus; letzteres reagirt schwach sauer oder alkalisch und weist die verschiedensten Mikroorganismen, Bacillen sowohl wie Coccen in grosser Zahl auf. Culturen auf Gelatine und Agar ergaben in 49 pCt. der Fälle mit pathologischem Vaginalsecret die Anwesenheit von Streptococcen. Nach Döderlein ist nur für das pathologische Scheidensecret eine Selbstinfecton im Sinne Kaltenbachs zuzugeben, da bei normalem Secret vereinzelte in die Scheide gelangte pathogene Keime in der Schwangerschaft bald wieder zu Grunde gehen. Nach Krönigs Untersuchungen sind aber nicht nur die Döderlein'schen Scheidenbacillen harmlos, sondern ebenso auch die anderen in dem «pathologischen Vaginalsecret» gefundenen Mikroorganismen. K. spricht sich gegen die Eintheilung des Vaginalsecretes in normales und pathologisches um so mehr aus, als er jede Secretart frei von Aussenkeimen fand, sowohl von pathogenen als auch den Fäulniss erregenden Mikroben. Da nun durch die verschiedensten Manipulationen (Cohabitation, Scheidenspülungen etc.) Mikroorganismen im Genitalkanal deponirt werden, letzterer aber von aëroben Keimen frei gefunden wird, so muss man daraus schliessen, dass die Scheide der Schwangeren die Eigenschaft besitzt, die eingeführten Keime entweder mechanisch wieder herauszubefördern oder dieselben zu vernichten. Um dieses zu beweisen wurden folgende Versuche angestellt. Bei einer grösseren Zahl von Schwangeren wurden längere Zeit vor dem Geburtstermin, gleichgültig, ob in ihrem Secret Scheidenbacillen waren oder ob sie nach Döderlein pathologisches Secret hatten, verschiedene Keimarten in die Vagina eingetragen. Dann wurde in ganz bestimmten Zwischenräumen denselben Secret entnommen und zwar jedesmal vom Scheideneingang und vom Scheidengrund. Die baktericide Kraft der Scheide wurde zuerst an dem unschuldigen Pyocyaneus erwiesen. Bald reinigte sich der Scheideneingang bald der Scheidengrund früher. Weitere Versuche wurden mit Staphylococcen und Streptococcen gemacht. Es erwies sich, dass die bakterienfeindliche Wirksamkeit der Scheide gleich gross ist, ob Stäbchen (normales Secret Döderlein's) oder Coccen (patholog. Secret) vorhanden waren. Streptococcen wurden in sehr kurzer Zeit abgetödtet, Staphylococcen und die Pyocyaneuskeime bedürfen fast doppelt soviel Zeit. Die längste Dauer bis zu der die Scheide sich von allen eingeführten Keimen wieder gereinigt, beträgt ca. 2 Tage. Daraus geht hervor, dass es eine Selbstinfection im Sinne Kaltenbachs nicht giebt. Als Factoren, welche die natürliche Immunität verleihen, kommen in Betracht: 1. Chemische Stoffe im Secret, vielleicht die Säure, 2. der Antagonismus der Scheidenkeime mit importirten Keimen. 3. Der Phagocytismus, 4. Der Mangel an Sauerstoff. — Der Säuregrad spielte nach K.'s Untersuchungen keine grosse Rolle, da auch schwach sauer reagirende Secrete eine bakterienfeindliche Wirksamkeit ausübten. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die natürliche Immunität des Scheidensecretes an eine specifische Bakterienart nicht gebunden ist. Einige Beobachtungen schienen für die Phagocytose zu sprechen. Die Abwesenheit von Sauerstoff in der Scheide kommt nicht in Betracht für die zu den Versuchen verwandten Bakterien, da dieselben facultativ anaerob sind. Versuche mit Aufschwemmungen von sterilisirter Kohle und Zinnober ergaben, dass die mechanische Reinigung der Vagina viel langsamer vor sich geht (durch das abfliessende Secret) als die Abtödtung der Keime. Versuche mit absichtlicher Infection der Vagina und nachfolgender Desinfection (Scheidenspülung mit 2 L Lysol mit und ohne Abreiben der Scheidenwände) zeigten, dass infolge dieses Verfahrens jede Secretion der Scheide auf 15 Stunden versiegt. In keinem der Falle wurde auch nur eine dauernde Verminderung der Keimzahl herbeigeführt geschweige denn eine Abtödtung. Die antiseptischen Spülungen hatten die natürliche Widerstandsfähigkeit der Scheide gegen Infectionsstoffe zeitweilig ganz zu nichte gemacht. Die Scheide verliert durch antiseptische Spülungen ihre natürliche Immunität. Wahrscheinlich fällt das Antisepticum Eiweisstoffe, wodurch die Einwirkung des Scheidensecretes auf die eingeführten Keime wirksam verhindert wird. Bei einfachen Wasserspülungen tritt nur eine ganz geringe Abschwächung der baktericiden Kraft des Scheidensecretes ein. Nach der Spülung sei es mit Lysol oder Wasser verschwindet die saure Reaction,



an ihre Stelle tritt manchmal eine stark alkalische auf. K. folgert aus seinen Versuchen, dass die prophylaktischen Scheidenspülungen bei der Geburt in Wegfall kommen müssen. Sie nützen nichts und schaden viel. Da auch die Vagina der gonorrhoisch afficirten Schwangeren wie jede andere die natürliche Immunität besitzt, so sind auch bei solchen Kreissenden Scheidenpülungen zu unterlassen.

In der Leipziger Klinik sind jetzt bei ca. 1500 Geburten, auch bei allen operativen Entbindungen (Accouchement forcé, Wendung, Placentarlösung etc.) die Spülungen unterblieben. Die Resultate sind, wenn auch nicht ideale, so doch wesentlich bessere, wie bei den mit Spülungen behandelten. Auch in der Privatpraxis räth Krönig jede Desinfection des inneren Genitalschlauches zu unterlassen; er ist der Meinung, dass auf Grund seiner Untersuchungen der Einführung der Asepsis in die Geburtshülfe nichts mehr im Wege steht.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Mit 220 Abbildungen. Berlin 1894. Verlag von S. Karger. 870 S.

Den nicht zahlreichen deutschen Lehrbüchern der neueren Zeit, welche die Neurologie behandeln, hat sich das vorliegende Werk ebenbürtig angeschlossen. Bei dem raschen Fortschreiten dieser Disciplin entsteht von Zeit zu Zeit das zwingende Verlangen nach einer Zusammenfassung unserer Kenntnisse, rechtfertigt also durchaus das Erscheinen neuer Lehrbücher, die um so willkommener sind, wenn sie in einer derart vollendeten Form uns dargebracht werden, wie dieses Buch.

Verfasser wollte hauptsächlich den Forderungen der Praxis Rechnung tragen. Auf die Literatur und Theorien ist er daher möglichst wenig eingegangen, hat dagegen das Thatsächliche knapp und klar dargestellt. Als ein Muster der Darstellung möchten wir den allgemeinen Theil (die Art der Untersuchung und die allgemeine Symptomatologie) hervorheben. In dem speciellen Theil wird jeder Leser dem Verf. es danken, dass er die Hysterie, Neurasthenie und progressive Paralyse in einer ihrer Wichtigkeit entsprechenden Weise ausführlicher abgehandelt, namentlich auch auf die forensische Seite bei diesen Krankheiten, wie auch vielfach anderwärts, gebührend hingewiesen hat. Die Abschnitte über die Therapie der einzelnen Nervenkrankheiten bringen nur das, was allgemein anerkannt und vom Verf. selbst erprobt worden ist. Die zahlreichen Abbildungen, welche zum grössten Theile eigene Beobachtungen aus des Verf. Praxis und seinen Arbeiten wiedergeben, sind vorzüglich, ebenso wie die gesammte Ausstattung. Zweifellos wird das Werk sowohl bei den Studirenden und Praktikern, als auch bei den Specialcollegen die günstigste Aufnahme finden.

Michelson.

Prof. C. Nauwerck. Sectionstechnik für Studirende und Aerzte. II. vermehrte Auflage mit 51 Abbildungen. Jena. 1894. Verlag von Gustav Fischer. Preis 3 Mark.

Im allgemeinen Theil beschreibt Verfasser zunächst das zur Ausführung der Sectionen erforderliche resp. gesetzlich vorgeschriebene Instrumentarium, giebt einige allgemeine Regeln über die Handhabung der Instrumente und das Verhalten des Arztes während der Obduction, und geht dann mit grosser Ausführlichkeit darauf ein, was in den einzelnen Phasen der Section zu beachten ist, und in welcher Weise die Reperta zu Protocoll zu geben sind. In diesem Abschnitt werden neben den normalen Farbentönen, Dimensionen und Gewichtsverhältnissen auch die häufigsten durch krankhafte Processe oder Fäulniss bedingten Veränderungen derselben besprochen.

Der besondere Theil ist der Darstellung der eigentlichen Sectionstechnik an den Leichen Erwachsener und Neugeborener gewidmet und wird beschlossen durch ein Kapitel über die «Instandsetzung der Leiche» nach beendigter Section.

Die zahlreichen künstlerisch ausgeführten Abbildungen erleichtern nicht nur das Verständniss des Textes, sondern kommen auch sicherlich, wie Verf. beabsichtigt, dem Gedächtniss der Studirenden zu Hilfe.

Seiner ganzen Anlage nach ist das Werk offenbar vorwiegend dazu bestimmt zur Ausbildung und Unterstützung forensischer Aerzte zu dienen und verweist dem entsprechend an den erforderlichen Stellen auf die verschiedenen Regulative, welche in Preussen, Bayern Württemberg und Sachsen-Weimar-Eisenach in Kraft sind.

Wl.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 4. Mai 1894.

1. Herr Lunz spricht über bakteriologische Untersuchungen während der Cholera-Epidemie 1893.

Besonderes Interesse erweckte das Bacterium coli commune, welches nicht so unschuldig erscheint, wie Escherich behauptet hat. Das Bacterium coli commune sieht sehr ähnlich dem Gaffky-Eberth'schen Typhus-Bacillus. Französische Autoren, besonders Roux, constatiren, dass die genannten Spaltpilze morphologische Schwankungen in ihrer Grösse und Gestalt aufweisen. So streng ist der Monomorphismus des Bacterium coli commune nicht, wie es von Cahn angenommen wird. Ein Vergleich des Bact. coli commune mit dem Gaffky-Eberth-Bacillus in Bezug auf Lebensäusserungen und Eigenschaften weist recht characteristische Unterschiede auf. Mit der wichtigste Unterschied besteht darin, dass das Bact. coli commune bisweilen in den Culturen Gas bildet, der Typhus-Bacillus aber nie. Ebenso bewirkt das Bact. coli commune Gährung des Milchzuckers, der Typhus-Bacillus nicht. Das Bact. coli commune wurde gefunden bei verschiedenen enteritischen Processen, besonders bei den im Lauf derselben aufgetretenen Complicationen und dann oft in Reinculturen. Bei Erkrankung der Umgebung des Darms besonders bei Peritonitis perforativa, bei Cholecystitis und bei Leber-Abscess wurde in den Herden ausschliesslich Bact. coli commune gefunden; ferner bei Cystitis im Harn. Bei Laesionen des Darms finden sich gelegentlich Cystitiden, Prostatitiden etc. welche durch Bact. coli commune veranlasst sind. Auch bei der chronischen Dyspepsie künstlich Ernährter stellen sich Secundärerkrankungen, durch Bact. coli commune veranlasst, ein. Die Experimente zur Eruirung dieser Eigenschaften des Bact. coli commune haben positive Resultate ergeben. Somit ist der Beweis erbracht, dass das Bact. coli commune nicht zu den unschuldigen Mikroorganismen gehört. Vortragender hat selbst Gelegenheit gehabt, einen characteristischen Fall von Buhl'scher Krankheit zu beobachten. Das Bact. coli commune verlässt bei Läsionen des Darmes denselben und erreicht dann eine erhöhte Virulenz in verschiedenen Organen.

2. Herr Dehio berichtet über Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Radasewsky gemacht hat. Die Untersuchungen sind an Herzen von Männern, die an chron. Myocarditis gestorben sind, ausgeführt. Erst neuerdings ist die Aufmerksamkeit auf die Veränderungen des interstitiellen Gewebes des Myocards gerichtet worden, während früher die Herzabscesse im Vordergrunde des Interesses standen. Man nimmt jetzt an, dass die Herzschwiele in causalem Zusammenhang mit der Coronar-Sclerose steht. Durch das Stadium der Myomalacie mit Resorption des in der Ernährung herabgesetzten Gewebes tritt Bindegewebsneubildung ein und somit entsteht die Herzschwiele. Von Krehl ist behauptet worden, dass die chron. Myocarditis sich auch schleichend im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten, wie Typhus, Scharlach, Diphtherie, also nicht nur durch Arteriosclerose entwickeln kann. Es fragt sich nun, ob auch in solchen Fällen Schwielenbildung auftritt. Man sollte a priori erwarten, dass in diesen Fällen die Myocarditis mehr diffuse Ausbreitung aufweist. Das gab Veranlassung zur Untersuchung. Klinisch zeigt sich, dass die Herzarythmie nicht regelmässig auftritt; physiologisch geht der Impuls zur Herzcontraction vom rechten Vorhof aus; bisher sind die Vorhöfe nicht mikroskopisch untersucht worden, deshalb war das Interesse auf diese besonders gerichtet. 5 Herzen sind untersucht worden nach dem Vorgang von Krehl, indem das Herz in Blöcke von $1-1^1/_2$ Ctm. zerlegt und aus jedem Block einige Schnitte durchmustert wurden. Dabei ergab sich, dass besonders in den Ventrikeln richtige Schwielen gefunden worden, wo die Muskelzellen ganz geschwunden waren, während die Umgebung diffuse Bindegewebsneubildung aufwies. Und weiterhin wurde Bindegewebsneubildung in ganz diffuser Ausbreitung gefunden, wie sie bisher noch nicht beschrieben worden ist. Diese diffuse Bindegewebsneubildung zieht sich netzförmig durch die Herzmusculatur hin, wobei die Muskelzellen fast wie Inseln in den Bindegewebszügen sich ausnehmen. Doch nicht nur intrafasciculär sondern auch intrafibrillär dringt das Bindegewebe zwischen die Muskelfasern ein, wobei letztere anscheinend einer Druckatrophie weichen und kleiner und dünner erscheinen, sich auch anders färben. Dabei kommen Anhäufungen kleinzelligen Materials vor, besonders dicht unter dem Endocard, doch auch in nächster Umgebung der Gefässe. Man beobachtet nun Uebergänge der kleinzelligen Infiltration, des jungen Bindegewebes in festes Narbengewebe. Es giebt Fälle, wo die Myocarditis in den Vorhöfen viel stärker als in den Ventrikeln ausgebreitet ist, und das ist bisher nicht genügend gewürdigt worden. Es folgt Demonstration von Präparaten. Dabei referirt Vortragender über einen Fall, der einen Gelehrten betraf, welcher 70 Jahre alt war und stets regelmässigen Puls hatte; oft hatte er körperliche An-

strengung gut vertragen; ganz plötzlich führte Herzschwäche zum Tode. Die Section ergab eine hochgradige Dilatation der Ventrikel, Herzaneurysma, an der Stelle des Aneurysmas fehlten die Muskelzellen; ferner Durchsetzung des Herzens mit Schwielen; Pat. hatte intra vitam keine Ahnung von seinem schweren Leiden. Ein anderer Fall wies klinisch sehr hochgradige Arythmie des Pulses auf; die Section zeigte hochgradige diffuse fibröse Erkrankung der Vorhofswandung. In einem weitern Falle wurde die klinische Diagnose auf idiopathische Herzdilatation gestellt, während mikroskopisch wiederum eine hochgradige diffuse Erkrankung der Vorhofswand constatirt wurde. Vortragender geht auf die Frage ein, wie weit die Erkrankung der Herzganglien eine Rolle spielt, und glaubt annehmen zu müssen, dass das Wichtige die Erkrankung der Vorhöfe sei, gleichgültig, ob gerade die Erkrankung in den Ganglien oder in den Muskelzellen sitzt.

Herr Lunz glaubt, die gefundenen Veränderungen in Beziehung zur Erkrankung der Gefässe bringen zu müssen. Die Verbreitung des neugebildeten Bindegewebes könne ebenso gut am Vorhof wie am Ventrikel dem Lauf der Gefässe folgen.

Herr Dehio giebt zu, dass in der That fast immer Endarteritis gefunden worden sei, doch nie ein völliger Verschluss der Gefässe. Nicht die Genese der Myocarditis sondern die Localisation und die Ausbreitung der Bindegewebsneubildung habe er schildern wollen.

Herr Hartge meint, die Diagnose der idiopathischen Herzdilatation und der myocarditischen Veränderung lasse sich nicht immer auseinanderhalten. Bisweilen seien sogar Veränderungen an den Herzklappen gefunden worden, die keine Symptome gemacht haben.

Sitzung am 18. Mai 1894.

Herr Meyer berichtet über einen Fall spontaner Ausstossung eines grossen submucösen Myoms.

Pat. 47 a. n. hat 5 Mal geboren, zuletzt 1876. Seit 4 Jahren leidet sie an äusserst starken 8 tägigen Menorrhagien, die monatlich regelmässig einsetzend unter lebhaften wehenartigen Schmerzen verlaufen. Pat. ist durch dieselben in hohem Grade anaemisch geworden, hat seit einem Jahre Oedeme an den Füssen. Am 17. Mai c. Morgens erweist sich bei der Untersuchung der cervix für den Finger zugänglich; über dem innern Muttermunde liegt frei im cavum uteri der untere Abschnitt eines submucösen Myoms, dessen Stiel nicht zu erreichen ist. Der Uterus ist von der Grösse eines im Beginn des vierten Monats graviden Organs. Wenige Stunden nach der schonend ausgeführten Untersuchung stellten sich unter mässiger Blutung starke Wehen ein; am Abend erfolgte eine äusserst starke gefahrdrohende Blutung. Bei der Untersuchung um 8 U. Abends fand sich der Muttermund auf circa 6 Cm. eröffnet, die untere Kuppe des Tumors bereits in die Vagina geboren. Provisorisch wird ein Jodoform-Gazestreifen zwischen Tumor und Cervixwand circulär behufs Stillung der Blutung eingeführt und die stark collabirte Patientin nach einigen Stunden in ein zur Operation geeignetes Local transferirt. Um 1 Uhr früh am 18. Mai wird zur Entfernung der Geschwulst geschritten, die sich mit Hakenzangen gefasst unter leichten rotirenden Bewegungen ohne Widerstand entwickeln lässt. Nach Entfernung einiger aus dem Uterus hervorhängenden Schleimhautfetzen wird ersterer tamponirt, obgleich die Blutung zu stehen schien. Reactionsloser Verlauf. Der Tumor war 16 Cm. lang, ca. 10 Cm. breit und erwies sich als ein Myom von weicher Consistenz. Der Schleimhautüberzug fehlte an demselben bis auf einen kleinen Abschnitt. Der Umstand, dass die spontane Geburt eines Myoms nicht oft so direct beobachtet wird, rechtfertigt diese casuistische Mittheilung.

Herr Drd. W. Jürgens demonstrirt die anatomischen Präparate eines Falles von Embolie der Aorta abdominalis. Ein 27 Jahre alter Mann, der von Jugend auf an einer Mitralinsufficienz gelitten hat, empfand plötzlich ein Gefühl von Brennen in der Oberbauchgegend und Kälte in den Beinen; es stellte sich eine klinisch diagnosticirbare Embolie der linken Art. poplitea heraus. Etwa zwei Wochen später trat plötzlich eine paraplegische Lähmung mit Sensibilitätsverlust an der ganzen untern Köperhälfte auf. Der Cruralpuls war kaum und später garnicht mehr fühlbar. Blase und Mastdarm gelähmt. Marmorirte Cyanose und Eiseskälte der Beine. Erbrechen grosser Mengen blutiger Flüssigkeit. Herzschwäche, Pulslosigkeit und Tod nach etwa 12 Stunden. Die Section ergab: Insufficienz und Stenose der valv. mitralis, blutiger Hydrothorax, Transsudat im Herzbeutel, blutig-flüssiger Inhalt im Magen und Darm. Cyanose der Därme, der Nieren und Leber. Die Aorta abdominal. abwärts von den Renalarterien mit derben, bröckligen Thrombusmassen angefüllt, die theils älteren Datums, theils ganz frisch erscheinen und der Gefässwand fest anhaften. Die linke Arteria poplitea durch einen organisirten Thrombus obliterirt. Die klinischen Erscheinungen erklären sich aus diesem Befunde; das gilt nicht nur für die Cyanose der unteren Körperhälfte und des Darmes, sondern auch für die sensible und motorische Paraplegie. Eine acuta Ischaemie des Lumbaltheils des Rückenmarks war, wie die Section lehrte, durch die Verstopfung der Aorta nicht bewirkt worden, die Paraplegie konnte daher nur durch die plötzliche Unterbrechung der Blutzufuhr zu den peripheren Muskeln und Nerven bedingt worden sein.

(Der Vortrag ist in der Münch. med. Wochenschrift 1894 ausführlich veröffentlicht worden.)

Herr Dehio demonstrirt das Gehirn eines Mannes, der an Lungentuberculose verstorben war und zugleich an typischen Anfällen von *corticaler Epilepsie* gelitten hatte. Die Anfälle waren anfänglich auf die linke untere Extremität beschränkt und dehnten sich im weiteren Verlauf auf die gesammte Körpermusculatur aus, aber begannen auch dann noch stets im linken Bein, wo sie auch zuletzt erloschen. Anfangs, als die Anfälle noch leicht waren, verliefen sie bei vollem Bewusstsein, späterhin waren sie, wie typische epileptische Anfälle, mit completem Bewusstseinsverlust und nachfolgendem Coma verbunden. Lähmungen jedoch waren bis zuletzt nicht vorhanden. Es musste also eine Herderkrankung der Hirnrinde angenommen werden, die zwar localisirte Reizerscheinungen auf die motorischen Centra für das linke Bein, d. h. also auf das obere Ende der Centralwindungen rechterseits ausübte, aber die letztere doch nicht zerstört hatte. Angesichts des progredienten Charakters der Krampfanfälle bei einem an Lungentuberculose leidenden Kranken war die Diagnose eines Hirntuberkels gegeben, aber über den Sitz desselben waren nur Vermuthungen möglich. Die Section erwies einen isolirten Hirntuberkel von etwa Wallnussgrösse, im hinteren Abschnitt der obersten Stirnwindung, also in unmittelbarer Nachbarschaft des genannten motorischen Centrum. Vom tuberkulösen Herd aus verbreiteten sich adhaesive meningitische Processe auch auf die oberen Theile der Centralwindungen, durch welche die Oberfläche derselben in Mitleidenschaft gezogen wurde. Also nicht der Hirntuberkel als solcher, sondern die durch ihn bewirkte Meningo-Encephalitis bildete das anatomische Substrat der klinischen Erscheinungen. Wie der electrische Strom im Thierexperiment, so erzeugte hier die oberflächliche Entzündung den charakteristischen Erregungszustand der Rindencentren, der von Zeit zu Zeit in epileptiformen Krämpfen explodirte. Aber diese Centren waren nicht zerstört, und darum fehlten alle Lähmungserscheinungen. (Der Vortrag ist extenso gedruckt in der St. Petersb. med. W. 1894 № 36.)

Sitzung am 18. September 1894.

Herr Lunz stellt den unter der Bezeichnung «Vogelkopf» bekannten Dabos Janos aus Ungarn vor. Seine Eltern sind Bauern daselbst, ihnen sollen 10 Kinder geboren sein, von denen vier klein waren, letztere sind gestorben; die andern sind gross und kräftig. Ein Bruder des Kleinen ist hier mit ihm und zeigt nichts Abnormes. Von der Geburt ist nur zu eruiren, dass sie leicht war, der Neugeborene wog 0.5 Kg.

Gegenwärtig ist Dabos Janos 14 a. n., 1 M. hoch und 5,0 Kg. schwer. Die Extremitäten sind kurz und zart, ebenso der Stamm, der Körperbau ist aber ein vollständig proportionirter. Der Schädel ist im Verhältniss zum Stamm wohl kleiner (Horizontalumfang 374 Mm.) ist dolichocephalischen Typus, in seinen einzelnen Theilen ganz proportional gebaut; auch ist das Gesicht abgesehn von der etwas grössern Nase im Verhältniss zum eigentlichen Schädel proportional klein; sonst am Schädel keine Abnormitäten. Was die Intelligenz des Jungen betrifft, so ist's bei der Unkenntniss seiner Sprache schwer, darüber zu urtheilen; in seinem Benehmen hat er wohl etwas Imbecillenartiges, doch ist er nichts weniger als ein Idiot: er beherrscht seinen Körper, isst ordentlich, gehorcht und spricht geläufig seine Muttersprache, hat auf seinen Reisen manches fremde Wort gelernt, das er vernünftig zu gebrauchen versteht. Im Uebrigen zeigt der Knabe eine eigenthümliche Beschaffenheit der Haut: dieselbe ist straff, lässt sich schwer falten, ist im Ganzen ähnlich der Haut an den Striae gravidarum. Ferner weist er folgende Anomalien auf: Kryptorchismus, links ist der Hoden in die tunica vaginalis bis zur Fovea inguinal. ext. leicht verschiebbar; die Zähne sind gerifft und die Ohrläppchen angewachsen.

Aus der Beschreibung ist ersichtlich, dass wir es nicht mit dem einfachen Zwergwuchs zu thun haben, wo hauptsächlich Behinderung des Längswachsthums vorzuliegen pflegt, vielmehr haben wir einen im Allgemeinen atrophischen Menschen mit einem sehr kleinen Kopf vor uns. Es liegt die Frage vor, ob man ihn als einen Mikrocephalen auffassen soll. Das Fehlen sonstiger Abnormitäten am Schädel, wie Verwachsungen, Exostosen, das proportionale Verhältniss des Gesichts zum Schädel, der Mangel jeglicher Erscheinungen auffallend pathologischer Natur von Seiten des Gehirns sprechen wenigstens vom pathologisch-anatomischen Standpunkt gegen eine solche Auffassung. Es bleibt nur übrig, den Knaben als ein seltenes Exemplar eines proportional atrophischen Menschen, eines Miniaturmenschen in jeder Beziehung aufzufassen, eine Erscheinung, die Virchow mit dem Namen «Nanosomie» bezeichnet hat. Es scheint, dass diese Art der Missbildung zu den individuellen gehört, und ist nicht, wie der gewöhnliche Zwergwuchs vererbbar.

Herr **Dehio** macht darauf aufmerksam, dass man bei der Auscultation des Herzens die eigenthümliche gleichmässige Folge der Herztöne wahrnimmt, bei der die Pausen zwischen dem ersten und zweiten Herzton ebenso lang sind, wie die zwischen dem zweiten und nachfolgenden ersten Herzton (s. g. Embryocardie). Der Puls ist bei dem vorgestellten Kleinen dabei nicht besonders frequent. Wenn für gewöhnlich von den Franzosen die Embryocardie für ein Symptom der Herzschwäche gehalten wird, so trifft das für den vorliegenden Fall nicht zu.

Herr **Keilmann** (als Gast) führt zur Frage der Vererbung einen von ihm beobachteten Fall an. Die Mutter war ca. 131 Cm. lang, das Becken allgemein verengt (conj. diag. 9,5). Die Indication war auf künstliche Frühgeburt zu stellen, doch schien das Kind sehr klein; der Termin wurde hinausgeschoben, bis nach der Anamnese die Gravidität fast vollendet war. Das Kind war 1700 Grm. schwer, 41 Cm. lang, Kopfumfang 29 Cm. Die Entwicklung des Kindes war jedoch ausgezeichnet und das Kind gedieh sehr gut. Nach dieser Erfahrung hat Herr Keilmann in einem andern Fall überhaupt von der künstlichen Geburt abgesehn, insbesondere, weil er feststellen konnte, dass auch der Vater klein war, die Mutter war auch wenig über 130 Ctm. lang. Die Messung des Kindes durch die Bauchdecken schien desgleichen für Kleinheit der Frucht zu sprechen. Neben dieser vererbten Kleinheit kommt Kleinheit in Folge Beeinträchtigung der placentaren Ernährung zu Stande, was in einem Fall von Zwillingen beobachtet werden konnte; das eine wog 2600, das andere 1700 Gr. und war dabei sehr gut entwickelt und für das extrauterine Leben gut ausgestattet. Diese Frage hat für das enge Becken praktische Bedeutung.

Herr **Ströhmberg**: Der von Herrn **Lunz** vorgestellte Fall gehört zu den seltenen Erscheinungen auf dem Gebiete der Pathologie. Es ist daher wohl am Platz, einen von mir im vorigen Jahre beobachteten hierher gehörigen Fall mitzutheilen. Peter Adamson aus Lugden, damals 3 Jahre alt, wog 7¾ Pf., sein Wuchs betrug 53 Cm., der Kopfumfang 34,5 Cm.; das schlecht entwickelte Kind hatte durch seine behenden flinken Bewegungen etwas Affenartiges und einen nicht näher definirbaren vogelartigen Gesichtsausdruck, ganz wie der heut vorgestellte «Miniaturmensch». Trotz lebhaften Interesses für die Umgebung war die geistige Entwicklung eine rudimentäre. Die Sprache beschränkte sich auf «prr» beim Anblick eines Pferdes und «mämmä». An Missbildungen waren an dem Kinde Kryptorchismus, ein linksseitiger Leistenbruch und mässiger Klumpfuss beiderseits vorhanden. Trotz seiner ausserordentlich flinken Bewegungen war das Kind nicht im Stande aufrecht zu gehen. Die Aehnlichkeit dieses Kindes mit dem heute vorgestellten Individuum ist eine frappante. Und wenn auch ein Missverhältniss seines kleinen Schädels zum Wuchse noch nicht so deutlich hervortrat, wie bei dem vor uns befindlichen Kleinen, so nehme ich auf Grundlage der auffallenden Aehnlichkeit Beider, namentlich auch bezüglich der zurückgebliebenen geistigen Entwicklung keinen Anstand zu behaupten, dass es sich in beiden Fällen um pathologische Subjecte handelt, deren Wuchs und geistige Entwicklung in Folge angeborener Kleinheit des Gehirns zurückgeblieben sind. Den Schädelinhalt des Miniaturmenschen schätze ich auf $^1/_3$—$^1/_2$ des seinem Alter entsprechenden Schädelinhalts. Ich bezeichne Beide als Mikrocephalen, also zu einem Krankheitsbilde gehörig, das seiner Zeit in hohem Grade die ärztliche Welt interessirt hat, namentlich deshalb, weil sich in dieser Frage zwei Ansichten über das Wesen der Mikrocephalie gegenüber standen, die von **Vogt**, welcher die Mikrocephalie für eine atavistische Bildung hielt, und die von **Aeby** vertretene, dass es sich um eine pathologische Bildung handele. Da die bis jetzt beobachteten Mikrocephalen ihre individuellen Verschiedenheiten gehabt haben und sich keine pathologisch-anatomischen Typen dieser Abnormität bisher haben feststellen lassen, so kann ich auch die uns heute beschäftigenden 2 Mikrocephalen nicht einem bestehenden wissenschaftlichen Schema einreihen, möchte aber doch darauf hinweisen, dass sich unter den früher beobachteten Mikrocephalen eine ganze Gruppe findet, welche sich durch einen vogelartigen Gesichtsausdruck auszeichnet. In diese Gruppe gehören meiner Ansicht nach auch der uns heute vorgestellte mikrocephale Idiot und der von mir im vorigen Jahre beobachtete.

z. Z. Secretair: **Robert Koch.**

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— La France médicale. № 22. 1894. In einem Schreiben an den Redacteur der France médicale (№ 22) von Dr. C. **Perrin** erwähnt der Letztgenannte, dass er im Jahr 1885 mit dem Herrn Dr. A. **Richard** bei einem Kinde wegen Diphtherie die Tracheotomie gemacht. Bei diesem Kinde trat den 8. Tag nach der Operation eine Lähmung des weichen Gaumen's ein, in Folge dessen sich eine sehr ausgeprägte Dysphagie für Flüssigkeiten ausbildete. Jedes Mal, wenn das Kind trinken wollte, drang die Flüssigkeit in den Larynx, und von hier in die Trachea und die Bronchien, wodurch sehr peinliche Anfälle von Husten und Erstickung hervorgerufen wurden. In diesem verzweifelten Fall machte Herr Perrin folgenden Versuch: Er nahm das ausgestreckt auf dem Bauch liegende Kind auf seine Arme, das Gesicht scharf zum Boden gedreht oder gebeugt und der übrige Theil des Körpers erhoben, dann näherte er den Lippen des Kindes einen gewöhnlichen flachen mit irgend einer Flüssigkeit z. B. Milch, Bouillon, flüssigen Tapioca etc. gefüllten flachen Teller etc., zu gleicher Zeit wurde der Teller möglichst weit von den Lippen des Kindes gehalten, damit ein Aufsaugen, weniger ein Trinken der Flüssigkeit stattfinde. Dank dieser Maassnahme konnte das Kind nach Willen trinken. Kaum dass von einem Viertel-Glas Milch oder Bouillon einige Tropfen durch die Trachealwunde heraustraten, und dieses nicht immer. Es ist unnütz zu erwähnen dass Trinken bei der gewöhnlichen verticalen Körperstellung unmöglich war. Wurde ein einziger Kaffelöffel Milch oder Bouillon bei gewöhnlicher verticaler Körperstellung genommen, so trat ein grosser Theil, noch 14 Tage nach der Operation, durch die Fistelöffnung hervor. Diese Dysphagie hat c. 3 Wochen gedauert.

Einige Zeit nachher wurde ein 23 Monate altes Kind wegen Croup operirt (Tracheotomie). Hier wurde das Kind in vollkommener Suppinationsstellung auf die Kniee der Amme gelegt, der Kopf viel tiefer als die Schultern und man liess es löffelweise langsam und mit Vorsicht trinken. **Grimm.**

Wir geben folgender **Zuschrift**, die in äusserst maassvoller Weise zum Ausdruck bringt, was von allen unsern Lesern gebilligt werden wird, gern Raum:

In den «Московскія Вѣдомости» vom 19. November d. J. № 318 findet sich eine die Verhältnisse in den baltischen Provinzen behandelnde Correspondenz, die wir nicht als Ganzes wiedergeben, weil sie sowohl nach der Form als nach dem Inhalt hierzu durchaus ungeeignet ist. Eine Uebersetzung dessen, was daselbst über die medicinische Facultät der früheren Dorpater Universität gesagt ist, können wir jedoch unsern Lesern nicht ersparen. Es heisst dort wörtlich:

«Da haben wir die Pflanzstätte der deutschen Aufklärung, die berühmte Dorpater (jetzt Jurjewsche) Universität. Wie trefflich erschien sie: lauter Doctore und Magister gingen aus ihr hervor, nur zufällig auch Candidaten — lauter europäische Berühmtheiten. Aber beim näheren Zuschauen ging Alles in einen Betrug auf. «Seht,» heisst es, «die Deutschen kamen mit 13 Professoren in der medicinischen Facultät aus, aber die Russen können das nicht. Allein 60 und mehr Doctore der Medicin haben sie jährlich entlassen, aber in Moskau bedurfte man in derselben Facultät 40 Lehrkräfte und sogar noch mehr. Doctore dagegen werden kaum 10 im Jahr entlassen; was für eine Wissenschaft kann es dort geben?» Freilich, zwischen Doctor und Doctor ist ein Unterschied. Die Zahl der ausländischen Doctore ist nicht gering, welche Jahrelang die russischen Universitäten überlaufen und kaum im Stande sind das gewöhnliche Aerzteexamen zu bestehen... Immerhin hat der Doctortitel zu dienstlichen Zwecken einen besseren Klang, dem «Doctor» steht eine bessere Carriere offen und er findet leichter eine gute Anstellung... Viele wissen nicht und können auch nicht darauf verfallen, welche Bedeutung das Alles hat: die Sache ist jedoch sehr einfach. Es handelte sich einfach um einen Vertrauensmissbrauch, — man liess sich zahlen, gründlich zahlen und verlieh ohne Weiteres den Doctortitel. Wer Geld zahlte, dem gab man ihn; wer nicht zahlte, für den war an den Doctortitel nicht zu denken, ja, er hatte kein Recht auf ihn zu hoffen. Dies Alles ging unter dem Namen «privatissimum»: man nimmt 10 Rubel (по красной бумажкѣ) pro Mann — liest 10 Tage lang je eine Stunde und nach 10 Tagen muss er wieder einen Zehnrubelschein einem Anderen zahlen, oder auch Demselben für ein anderes Fach. Zahlt, hiess es, 150—200 Rubel extra, und dann im folgenden Semester nochmals, — und Ihr könnt das Examen direct auf den Doctor bestehen; aber ohne diese Contribution kommt schon garnicht heran. Man sagt ferner, früher sei man mit bescheidenen Mitteln ausgekommen und habe keine Erhöhung des Etats verlangt und habe dennoch die Leute nicht schlechter ausgebildet. Wer es nicht gesehen hat, wird es kaum glauben, dass in einem öden Zimmer, mit zwei fast leeren Schränken und zwei Tischen, zwei Kabinette für Hauptfächer der Wissenschaft untergebracht waren und dass eine und dieselbe Person, die den grossartigen Titel Director eines wissenschaftlichen Institus trägt, eine ganze Menge von Wissenschaften vorträgt, die Nichts mit einander gemein haben. Der Mann geht auf die eine Seite des Zimmers — hier findet sich die eine Wissenschaft, er geht auf die andere — dort ist die andere. Uebrigens so war es nur während der Examentermine, sein Colleg zu hören war nicht nöthig: es genügte das Colleg zu bezahlen und rechtzeitig sich zum Examen einzustellen. Viele Fächer wurden überhaupt nicht gelesen, oder, was auf dasselbe herauskommt, sie wurden in so kümmerlichem Umfang vorgetragen, dass man sich wirklich wundern muss, wie ein Mensch mit

einem Diplom der Dorpater Universität gleiche Rechte erhalten konnte mit solchen Personen, die ihr Studium auf anderen Universitäten, z. B. auf der Moskauschen, absolvirt hatten.

Das Alles ist noch in jüngster Zeit so gewesen, Alles ganz still und im Geheimen.

Man muss staunen über den Betrug, welcher hier herrschte, staunen über die geschickte Reclame und sich wundern über die Kühnheit und Gewandtheit, mit der die deutschen Zeitungen diejenigen Personen herausstreichen, welche die hiesige Universität verloren hat oder nächstens verlieren wird. Da giebt es nichts als Unverfrorenheit und Hartnäckigkeit, — und darauf beruht ja die Kraft der Deutschen. Sehen wir zu, was das für Lehrkräfte sind, die die Universität verloren hat — und was für glänzende Anstellungen jenseit der Grenze ihnen von den Zeitungen angeboten worden sind.

Es ist noch die Frage, wie weit bei der Berufung des Professor Bergmann nach Berlin thatsächlich seine wissenschaftlichen Verdienste eine Rolle gespielt haben. Das geschah ja zu den Zeiten Bismarks, aber welchen Nutzen die Balten aus dieser Berufung gezogen haben und wie sie sein Lob ausposaunt haben, das ist allbekannt. Sogar sein Bild haben sie in der Klinik aufgehängt, doppelt so gross wie das Portrait Pirogoff's, dem er kaum werth ist, die Schuhriemen zu lösen.

Noch eine Berühmtheit, für die die deutschen Zeitungen durchs Feuer gehn, das ist Professor Unverricht, welcher in einem einfachen Hospital in Magdeburg untergekommen ist. Ganz ebenso Professor Thoma; fast alle Universitäten um die Wette haben ihn berufen und schliesslich ist er als Prosector in dasselbe Hospital eingetreten. Gegenwärtig verlässt ein gewisser Stadelmann, Docent, die Universität, wie man glauben machen will, ein trefflicher und vielversprechender Gelehrter, — und er wird einfacher Ordinator in einem Berliner Hospital. Professor Fritsch (in Breslau) hat gesucht und gesucht um einen Menschen zu finden, dem er sein Privatkrankenhaus verkaufen könnte und hat endlich einen Menschen gefunden mit einer genügenden Anzahl gedruckter Arbeiten und den nöthigen Geldern, und so verkaufte er seine Anstalt an Professor Küstner, selbst aber entfernte er sich nach Bonn um sich dort zur Ruhe zu setzen, u. s. w. Das sind unsere medicinischen Quasi-Berühmtheiten. Einen hatte ich fast vergessen: es giebt noch einen Gelehrten: er schreibt und lässt drucken, druckt und schreibt; alle möglichen privilegirten Mittel lässt er unter seinem Namen bei Merk in Darmstadt erscheinen und droht fortwährend, dass man ihn nach Berlin berufen werde; statt dessen wird er sich zu Merk begeben um dieser Kaufmannsfirma vorzustehn und wird 20,000 Mark erhalten. Uebrigens schreiben sie Alle viel und verstehen es ihren Ruhm aufzubauschen, während zugleich ihre ausländischen Genossen sie unterstützen und pangermanische Sympathien wachrufen und verstärken.

Es kamen die Russen. Welche Fabeln werden über Jeden von ihnen erfunden! Wieviel Mal jährlich werden über Jeden von ihnen Gerüchte ausgesprengt, dass der So und so weggehe, in dem Gefühl dass er seine Sache nicht genügend kenne. Wieviel Mal jährlich verbreitet man das Gerücht, dass bei Dem und Dem die Klinik leer stehe, und wirklich niemand hineingehe. Natürlich, der Esthe ist von Natur so stumpfsinnig, dass er kaum zu verstehen vermag ob ein Deutscher oder Russe das Krankenhaus leitet: für ihn sprechen beide eine ausländische Sprache, die für ihn so unverständlich ist, dass sogar solche Esthen, welche den Militairdienst hinter sich haben, nicht ein russisches Wort verstehen. Diese Erscheinung ist völlig unverständlich und lässt sich lediglich durch eine völlige Verachtung der russischen Sprache erklären; sogar die Tataren und Mordwinen aus den Kasanschen und Simbirskischen Einöden reden doch wenigstens, wenn sie vom Militärdienst kommen, so, dass man sie verstehen kann. Aber diese Leute hier sind eben so gut wie die Wilden.»

Und weiter heisst es:

«Doch genug von der Medicin. Diese Facultät ist freilich die zahlreichste an Studenten, und zieht Aller Aufmerksamkeit auf sich; doch was geht es das russische Volk an, ob das Unterrichtsmaterial genügt oder nicht zur Ausbildung aller der Juden, welche sich hier angesammelt haben in der Hoffnung aus den früheren Privilegien ihren Vortheil zu ziehen».

Und zum Schluss heisst es:

«Es ist Zeit und war schon längst an der Zeit diese Ausnahmestellung zu vernichten und die Anstalten dieses Grenzgebietes denen der Allrussischen Erde gleichzumachen.

Und wenn das vollständig erreicht sein wird, dann wird man nicht mehr darnach fragen, wieviel Studenten jetzt oder früher in diese oder jene Facultät eingetreten sind. Wenn dann überhaupt Studenten sich veranlasst sehen herzukommen, so werden es russische Studenten sein und es wird kein Raum sein für die Juden, welche jetzt dieses Grenzland überschwemmen in der Hoffnung aus den Ueberresten der Privilegien desselben auf russische Kosten Vortheil zu ziehen».

Wir haben nicht die Absicht, der unsauberen Quelle nachzuforschen, welcher diese Auslassungen entstammen. Wir wissen, dass diese Verläumdungen der einstigen Dorpater Universität bei keinem einsichtigen Menschen Glauben finden werden. Ein jeder Schüler der früheren Dorpater medicinischen Facultät weiss den Nutzen zu schätzen, den die jetzt abgeschafften Privatkurse seiner practischen Ausbildung gebracht haben und es giebt ausser der Jurjewschen keine Universität, wo die Nützlichkeit und Nothwendigkeit solcher practischer Privatkurse (in der Laryngoscopie, Ophthalmoscopie, im Touchiren, in der gerichtlichen Sectionstechnik, im Operiren an der Leiche, im Operiren am geburtshilflichen Phantom u. s. w.) nicht als ein nothwendiges Unterrichtsmittel anerkannt würden. Eine solche Verunglimpfung der alten angesehenen Dorpater Hochschule kann in einem gebildeten Menschen nur die Empfindung des Ekels wachrufen und eine Vertheidigung des Andenkens dieser ehrwürdigen Pflanzstätte edler Bildung und Wissenschaftlichkeit entspräche nicht der Würde derselben.

Allein der Jurjewsche Correspondent wendet sich auch gegen einzelne Persönlichkeiten, die er theils namentlich bezeichnet, theils auf's Klarste erkennen lässt. Es sind alles Lehrer unserer Hochschule, mit einer Ausnahme solche, die dieselbe schon verlassen haben oder im Begriff stehen, ihr Lehramt niederzulegen. Wie edel, diesen Männern, die ernsten Sinnes und vielleicht nach schweren Kämpfen ihre Schritte fortlenken, Kothballen nachzuwerfen! Im Namen der Gerechtigkeit protestiren wir gegen dieses Gebahren und im Interesse der Wahrheit sehen wir uns gezwungen auf die persönlichen Invectiven des Jurjewschen Korrespondenten einzugehen.

Professor Bergmann ist zum Glück bekannt genug um unserer Vertheidigung nicht zu bedürfen.

Professor Körber, der Director des vereinigten gerichtsärztlichen und hygienischen Kabinets, in Ehren ergraut, hat die Einrichtung seines bescheidenen, übrigens in vier Zimmern untergebrachten, Institutes zum grössten Theil auf eigene Kosten beschafft und verdient hierfür nicht Hohn sondern Dank. Dieser treue und bis zur Peinlichkeit gewissenhafte Lehrer ist wohl der Letzte, dem man Frivolität im Examiniren vorwerfen kann.

Professor Unverricht ist Director des neugegründeten, glänzend ausgestatteten, grossen Krankenhauses Magdeburg-Sudenburg geworden, eine Stellung, um die ihn mancher deutsche Professor beneiden wird. Er sowohl als Professor Thoma haben ihre Stellung an hiesiger Universität freiwillig aufgegeben und es liegt wohl auf der Hand, dass diese Thatsache nicht zur Beurtheilung ihrer wissenschaftlichen Bedeutung verwerthet werden kann. Ueber diese letztere hat nicht der Jurjewsche Correspondent, sondern die wissenschaftliche Welt zu entscheiden. Für den Erfolg ihrer Lehrthätigkeit haben die brechend voll besetzten Bänke ihrer Auditorien den endgültigen Beweis schon längst erbracht.

Doctor Stadelmann ist zum dirigirenden Arzt einer internen Abtheilung des Berliner Krankenhauses am Urban berufen worden. Die Abtheilung zählt 100—150 Betten und ihm sind drei Assistenten und drei Volontairärzte unterstellt. Diese ehrenvolle Berufung beweist, dass Stadelmann's Verdienste in Berlin besser gekannt sind als vom Jurjew'schen Correspondenten!

Sehr spassig ist das Mährchen, das der Jurjew'sche Correspondent über Professor Küstner auftischt, bekanntlich einen der besten gynaecologischen Operateure, dessen Lehrbuch überall hochgeschätzt wird. Nachdem Professor Fritsch als ordentlicher Professor der Geburtshilfe und Frauenkrankheiten nach Bonn berufen worden, wo er sich nicht zur Ruhe gesetzt hat, sondern als Kliniker thätig ist, wurde Professor Küstner an dessen Stelle vom Senat der Universität Breslau zum ordentlichen Professor und Director der königlichen gynaecologischen Universitätsklinik in Breslau erwählt und berufen und durch das preussische Staatsministerium als solcher bestätigt. Prof. Küstner bekleidet somit eine der geachtetsten Professuren Deutschlands.

Was Professor Kobert betrifft, so ist es für ihn als Professor der Pharmacologie eine selbstverständliche Pflicht gewesen, die Droguen und Mittel, welche ihm nicht nur von Merk sondern von allen wichtigen Firmen Europa's und Amerika's zugeschickt wurden, zu begutachten. Dass er nie einen Heller Geldes dafür erhalten brauchen wir nicht erst hervorzuheben. Dass das Hämol den Namen seines Entdeckers trägt, ist eine Auszeichnung, die es mit dem Liebreich'schen Chloral und vielen anderen Mitteln theilt. Von einer Anstellung bei Merk ist, wie wir wissen, keine Rede, wohl aber glauben wir, dass Professor Kobert einen solchen Posten gewiss seiner gegenwärtigen Stellung vorziehen würde.

Richtig in der Correspondenz ist abgesehen von der Angabe, dass die Studentenzahl sich mindert eigentlich nur, dass die Zahl der Kranken in der medicinischen Klinik gewaltig abgenommen hat; dass daran jedoch die Dummheit der Esten Schuld sei, müssen wir bezweifeln. D—o.

Vermischtes.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Academie und Präsident der hiesigen geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft, Dr. K. Sslawjanski, ist von der amerikanischen gynäkologischen Gesellschaft in Toronto zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte an der Universität in Kasan hat den Professor der gerichtlichen Medicin an dieser Universität, Dr. J. M. Gwosdew, welcher vor kurzem in den Ruhestand getreten ist, einstimmig zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Der Senior der Odessaer Aerzte, Dr. Heinrich Meyer, ist von der dortigen Gesellschaft der Aerzte durch die Wahl zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft ausgezeichnet. Dr. Meyer ist bereits seit 1846 als Arzt thätig und ist, wenn wir nicht irren, noch gegenwärtig Besitzer einer Heilanstalt in Odessa.

— Verabschiedet auf seine Bitte: der stellv. Gouvernements-Medicinalinspector, wirkl. Staatsrath Dr. Komarow.

— Verstorben: 1) Am 24. November in Jekaterinburg der dortige Stadtarzt Alexander Landesen im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war im Gouvernement Perm geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1857—63 studirte. Nach Absolvirung des Arztexames (1865) war L. Arzt im Gouv. Nishni-Nowgorod, darauf successive Arzt bei der Wolga Kama-Dampfschifffahrtsgesellschaft, Stadtarzt in Kamyschlow und seit 1870 Stadtarzt in Jekaterinburg. Er gehörte zu den Gründern der Uralschen medicinischen Gesellschaft in Jekaterinburg und fungirte seit ihrer Gründung (1890) als Vicepräsident derselben. 2) In St. Petersburg am 25. November das beständige Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath Dr. W. J. Prisselkow, im 66. Lebensjahre an einem Nierenleiden. Nach Erlangung des Arztgrades an der medico-chirurgischen Academie wurde P. Arzt am 2. St. Petersburger Militärhospital, darauf Arzt eines Dragonerregiments. In den 60. Jahren war er im Kaukasus thätig und wurde 1873 als Militär-Medicinalinspektor des Odessaschen Militärbezirks angestellt, welche Stellung er bis zum Jahre 1891 inne hatte. Während des letzten türkischen Krieges bekleidete er den wichtigen Posten des Medicinalinspectors der Donau-Armee. Er ist auch mehrfach literarisch thätig gewesen. 3) Am 25. November in St. Petersburg der ältere Ordinator des hiesigen Obuchowhospitals, Staatsrath Dr. Eugèn Lewies, an Schrumpfniere im Alter von 47 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medicinischen Studien an der medico-chirurgischen Academie gemacht. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1871 trat er als ausseretatmässiger Ordinator in's Obuchowhospital und hat seit dieser Zeit ununterbrochen an diesem Hospital gewirkt, — die letzten 2 Jahren als älterer Ordinator. Früher war er auch Arzt am Elisabeth-Kinderhospital. 4) Am 15. November in Tula der freiprakticirende Arzt Vincenz Smidowitsch, 59 Jahre alt, am Flecktyphus. Der Heimgegangene hatte seine medicinische Bildung in Moskau erhalten und darauf mehrmals zur weiteren Vervollkommnung an deutschen Universitäten studirt. Er zeichnete sich durch eine umfassende Bildung aus und gehörte zu den beliebtesten Aerzten der Stadt. Auch im Comunaldienste spielte er eine hervorragende Rolle als Stadtverordneter und Präses der von ihm in's Leben gerufenen städtischen Sanitätscommission.

— Die Lepra-Colonie, die von der St. Peterburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Krutija Rutschja (20 Werst südlich von der Station Maloskowizy der Baltischen Bahn) gegründet worden ist, ist soweit eingerichtet, dass auf den 2. Decbr. c. die feierliche Einweihung derselben festgesetzt werden konnte.

— Der Meldungstermin zu dem von der Conferenz der militär-medicinischen Academie ausgeschriebenen Concurse behufs Besetzung des neucreirten «Lehrstuhl für Infectionskrankheiten mit einem praktischen und systematischen Cursus der Bacteriologie» an der Academie läuft am 10. December ab. Wie verlautet, haben sich bisher drei Candidaten gemeldet, und zwar die Privatdocenten der milit.-medicinischen Academie Dr. S. S. Botkin und Dr. Tschistowitsch, sowie der Ordinator des Obuchowhospitals Dr. P. Wiltschur.

— In Charkow haben mehr als 100 Aerzte, in Gemeinschaft mit den Professoren der Universität, dem zum Rector der Warschauer Universität ernannten Professor der Psychiatrie Dr. Kowalewski ein Abschiedsdiner gegeben, an welchem auch der Curator des Charkowschen Lehrbezirks Theil nahm. Von Seiten der Studirenden wurden dem scheidenden Professor und Decan der medicinischen Facultät ebenfalls Ovationen bereitet.

— Von der militär-medicinischen Academie sind 15 Studirende des I. Cursus ausgeschlossen worden, weil sie die gesetzlichen Collegiengelder (20 Rbl.) bis zum 1. November d. J. nicht entrichtet haben.

— Prof. Gussenbauer (Wien) ist an Stelle des verstorbenen Professors Billroth in die Redaction des «Archivs für klinische Chirurgie» eingetreten.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Universität Tübingen, Dr. K. Garré, ist zum ordentlichen Professor der Universität Rostock ernannt worden.

— Der Docent der Wiener Universität Dr. Carl Mayer, erster Assistent des Professors v. Krafft-Ebing, folgt einem Rufe als ausserordentlicher Professor der Psychiatrie und Nervenpathologie an die Universität Innsbruck.

— In Wien ist ein neuer medicinischer Verein unter dem Namen «Wiener laryngologische Gesellschaft» in's Leben getreten. Zum Präsidenten ist Prof. Stoerk, Vorstand der Klinik für Laryngologie, erwählt worden.

— Dem Redacteur der in St. Petersburg erscheinenden medicinischen Wochenschrift «Medizina», Prof. S. M. Wassiljew» in Jurjew (Dorpat), ist es gestattet worden, den Abonnementspreis für dieselbe von 6 auf 8 Rbl. zu erhöhen.

— In Warschau findet im Jahre 1896 eine hygienische Austellung statt.

— Zum Nachfolger des Verstorbenen Professors Mauthner, welcher nur ganz kurze Zeit die Leitung der durch den Rücktritt des Professors Stellwag v. Carion erledigten ersten Augenklinik der Wiener Universität inne hatte, ist der ordentliche Professor der Augenheilkunde an der deutschen Universität in Prag, Dr. Isidor Schnabel, ernannt worden. Wie Mauthner, so ist auch Schnabel aus der Schule des berühmten ehemaligen Wiener Ophthalmologen Prof. Ed. v. Jäger hervorgegangen.

— Am 24. December n. St. begeht die Universität Innsbruck das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens. An diesem Tag sollen die die neuerbauten Kliniken für Geisteskrankheiten, für Dermatologie und Syphilis und für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten feierlich eröffnet werden. Die Festrede wird der Decan der medicinischen Facultät Prof. Dr. Loebisch halten. (A. m. C. Ztg.)

— Im Auftrage des preussischen Cultusministers haben sich der Generalarzt Dr. Schaper und Prof. Dr. Carl Fränkel nach Frankreich begeben, um die wichtigsten dortigen klinischen Anstalten zu besichtigen und namentlich auch in Paris einen Einblick in die staatlichen Einrichtungen zur Gewinnung und Bereitstellung des Diphtherieserums zu nehmen. (A. m. C. Ztg.)

— Die vor Kurzem in Moskau verstorbene Witwe, Barbara Alexejewa hat grosse Summen an Kirchen, Schulen, und Wohlthätigkeitsanstalten vermacht, darunter der Moskauer Universität 100,000 Rbl. und zum Bau einer Augenklinik 200.000 Rbl.

— Das Medicinaldepartment hat den Abtheilungschef Dr. S. M. Jerschow in's Ausland abcommandirt, damit er die Einrichtungen zur Herstellung des Diphtherieserums genaue Einblick nehme.

— Die Choleraepidemie, welche nach dem neuesten Bulletin des Medicinaldepartement noch in 18 Gouvernements des russischen Reiches herrscht, weist nur in Podolien noch eine grössere Zahl von Erkrankungen und Todesfällen (von 6.—12. Nov. 359 Erkr., 144 Todesf.) auf; in den übrigen 17 Gouvernements lässt sich eine deutliche Abnahme der Erkrankungen constatiren.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Porchow vom 1. Januar 1895 ab. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Порховская Земская Управа».

2) In der Stadt Starodub (Gouv. Tschernigow) ist die Stadtarztstelle erledigt. Gehalt 800 Rbl. jährlich. Adresse: «Стародубская Городская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Jarensk (Gouv. Wologda) Gehalt 1200 Rbl. Adresse: «Яренская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. November 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
267	227	494	103	37	82	17	5	10	44	55	38	35	47	16	5	0

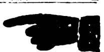
2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 1, Scharlach 19, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 12, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 39.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. December.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, andererntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.


ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.


ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА

НА ГАЗЕТУ

„МЕДИЦИНА"

на **1895** (седьмой годъ).

Подъ редакціей Профессора Юрьевскаго Университета
Степана Михайловича ВАСИЛЬЕВА.

Изданіе, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіены, выходитъ въ объемѣ — 2-хъ листовъ (лѣтомъ 1-го листа) четыре раза въ мѣсяцъ по слѣдующей программѣ:

1) Самостоятельныя статьи, лекціи и предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ и переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигіены, эпидеміологіи, судебной медицины и гидрологіи, а также по общей патологіи, фармакологіи, анатоміи, физіологіи и патологической анатоміи.
2) Общіе обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.
3) Статьи по исторіи медицины.
4) Новости медицины изъ русской и иностранной литературы.
5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской, медицинѣ.
6) Критика и библіографія медицинскихъ книгъ, статей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ либо интересовать врачей.
7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертацій.
8) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научный интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія чѣмъ либо интересовать врачей.
9) Частныя объявленія и публикація, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Въ газетѣ принимаютъ участіе: Проф. В. А, Аѳанасьевъ, Пр.-доц. Г. М. Герценштейнъ, Проф. Н. Ѳ. Голубовъ, Проф. А. П. Губаревъ, Проф. Г. А. Захарьинъ, Проф. Ковалевскій, Пр.-доц. Мухинъ, Д-ръ Нечаевъ, Проф. Патенко Проф. Подрезъ, Проф. Поспѣловъ, Д. Д. Поповъ, Проф. П. М. Поповъ, Проф. В. Н. Поповъ Д-ръ Рудневъ, Проф. Скворцовъ. Проф. Снегиревъ, Проф. Тарновскій, Прив.-доц Ѳ. К. Трапезниковъ, Проф. Шилтовъ, Проф. Ясинскій, Пров. А. В. Якобсонъ, Д-ръ С. С. Яковлевъ. Проф. В. Ѳ. Чижъ, Проф. В. В. Чирковъ и др.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ—Редакція Гороховая, д. № 40.
Подписная цѣна за годовое изданіе **ВОСЕМЬ** рублей, съ доставкой и пересылкой.
Статьи высылаются въ Редакцію газеты „**МЕДИЦИНА**", С.-Петербургъ. Гороховая д. № 40.

1895 **Открыта подписка** **1895**

НА

„ЖУРНАЛЪ МЕДИЦИНСКОЙ ХИМІИ И ФАРМАЦІИ"

Редакторъ-Издатель: Проф. Д-ръ Химіи А. В. ПЕЛЬ.

„Журналъ Медицинской Химіи и Фармаціи", посвященный спеціальной разработкѣ научныхъ вопросовъ, одинаково интересующихъ какъ врачей, такъ и фармацевтовъ, **выходитъ 4 раза въ годъ тетрадями въ большую 8°, въ 3 листа и болѣе каждая.**

Цѣна за годъ съ пересылкой и доставкой 2 р. 50 коп.

Плата за объявленія 20 коп. за строку петита (2 столбца въ страницѣ).

Со статьями для помѣщенія въ Журналѣ и со всѣми дѣлами, касающимися Рредакціи, просятъ обращаться по слѣдующему адресу:

Химическая Лабораторія Доктора Химіи Пеля, С.-Петербургъ Вас. Остр., 7 линія, д. № 18. Александру Васильевичу Пелю.

Neu! Neu!

Eismaschinen

zur Herstellung kleiner Mengen keimfreien Eises 500,0 in circa 15 Minuten empfiehlt Apotheker **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.

Preis 17 Rubel.

STOTTERN

heilt Carl Ernst. Ununterbrochene Curse St. Petersburg, Newsky Prosp. № 52. Anleitung zum Selbstunterricht 3 Rbl.

(95) 7—6

„Der sogenannte

Kriegsapparat"

zum Transporte Schwerverwundeter und zur Behandlung von Knochenbrüchen, sowie von acuten Gelenk-Erkrankungen, besonders der unteren Extremitäten in Ambulando von

Fr. Hessing, Göggingen Augsburg.

Selbstverlag, Preis 6 Mark.

Soeben erschien:

Kalender für 1895

Zum Besten der zur Erinnerung an

Dr. R. Blessig

gegründeten Anstalt f. erwachsene Blinde in St. Petersburg.

(Kalender für die Sehenden zum Besten der Blinden).

Preis 60 Cop.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17 кв. 6.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Amalie Schulze**, Большая Подъяческая д. 18, кв. 27.
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.



Дозв. ценз. Спб. 3 Декабря 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 10. (22.) December 1894

Ueber die chirurgische Behandlung des Magenkrebses

(Vortrag, gehalten im Verein praktischer Aerzte zu Riga den 2. November 1894).

Von

Dr. med. Paul Klemm.

M. H.! Je mehr sich das Gebiet der Chirurgie erweitert hat, je mannigfaltiger die Menge der pathologischen Störungen ist, die der chirurgischen Therapie zugänglich werden desto mehr werden die Vertreter der Chirurgie darauf hingewiesen mit den übrigen medicinischen Disciplinen in engstem Connex zu bleiben. Vor allem ist es die innere Medicin, jener gemeinsame Quell, dem die einzelnen Specialwissenschaften entstiegen sind und dem sie wiederum zustreben. deren genaue Bekanntschaft der Chirurg nicht missen kann, der an die Behandlung von Organen herantreten will, die in der Brust- und Bauchhöhle v rborgen liegen. Es muss immer wieder und wieder hervorgehoben werden, damit das Bewusstsein davon beständig in uns Allen lebendig bleibe, dass innere Medicin und Chirurgie sich nur in der Wahl ihrer Mittel unterscheiden; das Erkennen und Beurtheilen krankhafter Vorgänge soll hier wie dort das gleiche sein, es muss vom Chirurgen, so wie vom inneren Kliniker in gleicher Weise gefordert werden. — Es ist so ohne Weiteres klar, dass in den grossen Fragen der chirurgischen Therapie der inneren Organe, der Leber, der Nieren und des Magendarmkanals kein ordentlicher Fortschritt wird gemacht werden können, ja dass nicht einmal das Bekannte auf feste, sichere Grundlagen gebracht werden wird, bevor nicht diejenigen, in deren Hände Kranke, die mit Leiden jener Organe behaftet sind, zunächst gelangen, schon früher mit ihren chirurgischen Collegen in Beziehung treten, um bei Zeiten in gemeinsamer Berathung darüber klar zu werden, ob von chirurgischer Therapie im gegebenen Falle etwas zu erwarten sei.

Nur auf diese Weise wird es dem inneren Kliniker möglich sein genaue Einsicht zu erlangen über den jeweiligen Stand in der Frage der operativen Behandlung innerer Erkrankungen, er wird bei Zeiten eine für den Kranken günstige Auswahl treffen können, und seltener, als bisher wird ihm vom Chirurgen das unerbittliche «Zu spät» entgegen tönen.

In vielen Fällen wird freilich die radicale chirurgische Hülfe, d. h. die Eliminirung alles Krankhaften aus dem ergriffenen Organismus, versagen, dennoch aber wird es möglich sein bei rechtzeitiger Präcisirung des geeigneten Zeitpunktes durch gewisse chirurgische Eingriffe die Spanne Zeit, die dem Kranken noch vom Schicksal bestimmt ist, zu einer erträglichen zu gestalten, sodass ein grosser Theil der Leiden die über den Unglücklichen ohne die Operation verhängt wären, nun diesem erspart bleiben.

Ich meine, dass es aus diesem Gesichtspunkt die Pflicht des Arztes ist, sich mit den Hilfsmitteln bekannt zu machen, die die Chirurgie in solchen Fällen noch gewähren kann, um im richtigen Moment das Rechte zu thun. Wir dürfen uns damit nicht beruhigen, dass es der Mühe des Eingriffs sich doch nicht verlohne, weil der Kranke ja über kurz oder lang seinen Leiden erliegen müsse, da eine radicale Heilung doch nicht mehr möglich sei. — M. H. Wir müssen gerade im Hinblick auf diese verzweifelten Fälle dessen eingedenk sein, dass es das schöne Vorrecht des Arztes ist, Leiden zu lindern und dass, wenn auch die Zeit für welche dieses geschah eine relativ kurze war, sie dem armen Kranken doch lang genug erschienen wäre, wenn Schmerz und Qual sie ausgefüllt hätten.

M. H. Ich habe die Carcinome des Magens, spec. die am Pylorus sitzenden, im Auge bei dem, was ich eben kurz vorausschickte. Ein Bild dieser Krankheit zu entwerfen, ist in dieser Versammlung unnöthig, denn sicher wird dasselbe keinem von Ihnen unbekannt sein. Trotz aller Anstrengungen die auf dem Gebiete der Krebstherapie gemacht worden sind, stehen wir auch heute noch diesem Leiden machtlos gegenüber; wir kennen nur ein Heilmittel, das ist die möglichst frühzeitige Exstirpation der Neubildung möglichst weit im Gesunden im Zusam-

menhang mit den zunächst gelegenen Lymphdrüsengebieten, die schon oft ganz im Beginne der Erkrankung mit inficirt sind.

Dieser Satz hat seine Geltung für alle Krebse, sie mögen ihren Sitz haben, wo sie immer wollen. Wenn die Magencarcinome, die in der Häufigkeitsscala des Krebses überhaupt die zweite Stelle einnehmen, bis jetzt noch so selten das Object chirurgischer Eingriffe sind, so liegen dem mannigfache Ursachen zu Grunde. Es ist erst eine relativ kurze Zeit verflossen, seitdem Billroth seine erste erfolgreiche Resection des carcinomatösen Pylorus gemacht hat, die der Aerztewelt zunächst mehr als das Gelingen eines eminent wagehalsigen Stückes, als wie eine Operation, die auf gut fundirten Indicationen unternommen wurde, imponirte. Hierzu kam die hochgradige Lebensgefahr der Operation. Wies dieselbe doch in den Meisterhänden eines Billroth über 52 pCt. Mortalität auf. Trotzdem war die Garantie, die die Operation für völlige Genesung bot, eine geringe; der bei weitem grösste Theil derjenigen, die die Gefahren der Operation überstanden hatten, fiel in meist kurzer Zeit einem Recidiv zum Opfer. — Man darf also, wenn man diese beiden Punkte, die Lebensgefahr der Operation im Verein mit der scheinbaren Nutzlosigkeit derselben, im Auge behält, diejenigen, die auf Grund dieser Betrachtungsweise von einer chirurgischen Behandlung der Krebse des Magens nichts wissen wollen, nicht zu hart tadeln; es erscheint vielmehr wünschenswerth zu untersuchen, ob die beiden genannten Gründe gegen die Operation zu Recht bestehen bleiben können oder ob der Hoffnung Raum gegeben werden darf, dass dieselben im Laufe der Zeit in Wegfall kommen werden. Wenn wir die Operationsberichte über die Kranken, die der Ausschneidung des carcinomatösen Pylorus unterzogen wurden, durchsehen, so finden wir als Gros derselben meist intensiv kachectische, in der Ernährung äusserst heruntergekommene Individuen, die häufig aus Gründen der completen Stenosirung des Pylorus und dadurch aufgehobenen Ernährung dem Chirurgen zugeschickt wurden, der an ihnen nun seine Kunst zeigen sollte. Dieser Modus, den Chirurgen zur Mitbetheiligung an der Therapie des Magenkrebses heranzuziehen, hatte für diesen zwei sehr missliche Punkte.

Er bekam es einmal fast ausschliesslich mit Menschen zu thun, deren Widerstandsfähigkeit bereits derartig erschöpft war, dass sie eben jedem Eingriff erlagen. Es bestand schon eine solche Decrepidität, dass die Operation, selbst wenn diese in einem relativ geringfügigen Eingriff bestand, nicht mehr ertragen wurde. Als solcher ist, z. B. die Bildung einer Anastomose zwischen Magen und Jejunum anzusehen.

Zweitens aber trat folgender Uebelstand in Geltung. Die Chirurgen bekamen die Kranken nur in den vorgeschrittensten Stadien des Magenkrebses zu sehen. Bei diesen kam therapeutisch ausschliesslich eine Frage in Betracht, den Kranken von dem Hungertode zu retten — die absolute Indicatio vitalis. Die Frage der Entfernung des ursächlichen Moments musste hinter letzterer naturgemäss vollkommen in den Hintergrund treten. Der Schaden dieser Betrachtungsweise ist einleuchtend. Das, worauf es in erster Linie angekommen wäre, eine genaue Indicationsstellung für die chirurgische Therapie, eine Abgrenzung der Fälle, die für die Resection geeignet erscheinen, von denen, wo die palliative Behandlung, d. h. die Bildung einer Magen-Darmanastomose einzutreten hat, konnte nicht mit genügender Schärfe erfolgen. — Bevor wir uns an die Besprechung dieser, für den Chirurgen so überaus wichtigen Dinge machen, ist es nothwendig, M. H., dass wir uns noch einmal darüber einigen, dass es eine spontane oder medicamentöse Heilung des Magenkrebses zur Zeit nicht giebt. In den Fällen, wo man von derartigen Vorgängen gesprochen hat, liegen entweder Fehler in der Diagnosenstellung vor, oder es bestanden Täuschungen über den Verlauf der Erkrankung. Es ist aus der Krebspathologie bekannt, dass anatomische Eigenthümlichkeiten der Neubildung jene Erscheinungen bedingen, die uns klinisch in der Malignität oder Benignität des Neoplasmas entgegen treten. Jene Fälle nun sind von hervorragendem Interesse, wo zwischen carcinomatöser Degeneration der Gewebe und chronisch entzündlichen Vorgängen keine scharfe Grenze gezogen werden kann. Es findet ein so allmäliger Uebergang der einen Form in die andere statt, dass es unmöglich ist zu sagen, wo die entzündlichen Vorgänge aufhören und der Krebs anfängt. Ja selbst Benarbung innerhalb gewisser Grenzen wird beobachtet, sodass man veranlasst werden kann in Fällen von Heilung des Krebses zu reden, die nur als eine höchst gutartige, sehr langsam verlaufende Form dieser Neubildung anzusehen sind. Auf der äusseren Haut sind dieselben als Ulcus rodens oder flacher Hautkrebs zur Genüge bekannt. Das Analogon dieses Typus des Carcinoms im Magen wird durch den Scirrhus repräsentirt, dessen Verlauf sich gelegentlich über Jahre erstrecken kann, während in Fällen, wo es sich um weiche, zellreiche, rasch wuchernde Carcinome handelt, der Tod in wenigen Monaten nach Auftreten manifester Symptome den Krankheitsverlauf beschliesst.

Als nothwendige Folge aus dem eben Gesagten werden wir also folgerichtig schliessen müssen, dass auch in der Therapie die Krebse des Magens keine Ausnahme von den krebsigen Neubildungen anderer Körperregionen machen. Wird die Richtigkeit dieser Voraussetzung zugegeben, so kommt Alles darauf an, dieselben in einem möglichst frühzeitigen Stadium dem Messer des Chirurgen zuzuführen.

Damit werden wir auf die Nothwendigkeit und Bedeutung einer Frühdiagnose des Carcinoma ventriculi geleitet. Die Erkennung dieser Erkrankung in ihrer vollständigen Entwicklung bei Anwesenheit der für dieselbe charakteristischen Symptome wird wohl in der Regel keine Schwierigkeiten machen, zumal das Fühlen eines Tumors der Magengegend jedem Zweifel ein Ende machen wird. Liegen aber die Verhältnisse erst so, so wird wohl stets jede Hoffnung auf radicale Entfernung des Carcinoms unterdrückt werden müssen. Für diesen Zweck kommt es darauf an, den Tumor zu diagnosticiren, bevor äusserlich ein solcher zu palpiren ist.

Da ein Magenkrebs sich in der Regel auf einem Boden zu entwickeln pflegt, der schon durch vorhergegangene Erkrankung, meist chronisch-entzündlicher Natur, den Uebergang zum Carcinom vermittelt, so ist es verständlich, dass sich die Anfangsstadien dieses Leidens dem Beobachter entziehen müssen. Andererseits aber wird man in Fällen längeren Bestehens chronischer Katarrhe des Magens, wo die Kranken stärker herunterzukommen beginnen, sich Schmerzen und Erbrechen charakteristischer Art einstellen dem Gedanken, dass Carcinom vorliegen könnte, Raum geben müssen. Das Alter des Pat., Familiendisposition, das Fehlen der HCl im Mageninhalte und dgl. mehr wird gleichfalls sorgfältig zur Stützung der Diagnose mitbenutzt werden können.

Natürlich wird man ja trotz Vorhandenseins aller dieser Symptome doch noch sehr wohl eine Fehldiagnose machen können, doch meine ich, dass wir in Fällen, wo Alles für Carcinoma ventriculi spricht, nicht erst das Auftreten einer palpablen Geschwulst abwarten sollen, sondern ohne dieses Symptom den operativen Eingriff in's Auge fassen müssen. Das Wort «Probelaparotomie» geniesst ja mit Recht kein rechtes Ansehen in der Medicin. Sie ist ja auch in der That nur ein Nothbehelf für die Fälle, wo uns für die combinatorische Gedankenarbeit objectiv zu wenig Anhaltspunkte gegeben sind. Doch zu missen ist sie nun einmal nicht, so wird



sie auch gelegentlich in Kraft treten müssen in den Fällen, wo die Sicherheit der Diagnose eines Magenkrebses nicht durch einen palpablen Tumor gestützt werden kann.

Von zwei Uebeln ist eben das kleinere zu wählen! Wir schneiden lieber einmal den Bauch auf, selbst auf die Gefahr hin, denselben wieder zunähen zu müssen, ohne etwas gefunden zu haben, als dass wir einem Carcinom die Möglichkeit geben zu einer Geschwulst heranzuwachsen, die den Bemühungen des Chirurgen Hohn spricht.

Einer Methode will ich noch Erwähnung thun, deren Nutzen sich keiner entgehen lassen sollte, der über die Diagnose eines intraabdominalen Tumors in's Reine kommen will. Es ist dies die Anwendung der Chloroformnarkose. In jedem Fall, wo Verdacht auf Magenkrebs vorliegt, sollte man den Bauch in tiefster Narkose palpiren; es gelingt so bisweilen nach Ausschaltung der Action der straffen Bauchmuskeln in der Tiefe abnorme Resistenzen zu fühlen, deren Anwesenheit, im Verein mit den sonstigen Symptomen dazu beitragen könnte, die Diagnose zu sichern.

Was thun wir nun, nachdem das Abdomen eröffnet ist und die Diagnose eines Carcinoma ventriculi durch die Ocularinspection ihre Bestätigung erhalten hat? Das Ideal wäre es ja natürlich in jedem Falle die Exstirpation der Neubildung anzustreben. Zunächst müssen wir uns aber noch strict an die Grenzen halten, die von den Meistern der Magenchirurgie dieser Operation gegeben sind Die Regel lautet: Nur Krebse, die frei beweglich sind, sollen exstirpirt werden, bestehen Verwachsungen mit Nachbarorganen oder sind Metastasen nachweisbar, so lasse man die Radicaloperation unterbleiben. Jemehr wir Gelegenheit haben werden bei Magenkrebs chirurgisch einzugreifen, desto mehr wird die operative Technik auf diesem, so schwierigen Gebiet ausgebildet werden können auf die ja bei Krebsoperationen überhaupt, in der Frage der Recidivfähigkeit, in letzter Linie Alles ankommt. Ich erinnere mich an dieser Stelle eines Vortrages den v. Bergmann in Berlin vor einiger Zeit hielt, wo er gerade darauf hinwies, dass es auch bei stark vorgeschrittenen Carcinomen gelingt, durch sorgfältige radicale Präparation Alles Krankhafte auszuschneiden und hierdurch die Frage des Recidiv's günstig zu beeinflussen. Denken wir nur an die schöne Wendung, die die Angelegenheit der Operation des Brustkrebses in den letzten Jahren genommen hat und zwar doch auch nur durch Ausbildung der operativen Technik auf Grund anatomischer und pathologischer Erkenntnisse. Dass es mit den Carcinomen des Magens auch so gehen wird, ist jedenfalls zunächst nicht von der Hand zu weisen. Doch auch noch in den Fällen, wo die Chirurgie nach dem jetzigen Stande der Kenntnisse die Exstirpation des Magenkrebses als unthunlich verweigern muss, ist sie im Stande eine Hülfe zu gewähren, die die Qualen der armen, von jenen Leiden Betroffenen bedeutend zu lindern vermag. Diese besteht in der Anlage einer Anastomose zwischen Magen und Darm, in den Fällen, wo das am Pylorus sitzende Carcinom nicht exstirpirbar ist und durch Stenosirung desselben, den Kranken einem allmäligen Hungertode entgegenführt.

M. H.! Der Wiener Chirurg Schuh hat einmal gesagt, dass wenn die ganze Chirurgie nur in der Ausführung des Bruchschnittes bestände, er schon um dieser einen Operation willen Chirurg sein wollte. Ich stehe nicht an, diesen Ausspruch eines für seine Kunst begeisterten Mannes auch auf letztgenannte Operation in Fällen inoperabler, stenosirender Pyloruskrebse anzuwenden. Man muss, meine Herren, den Effect dieser Operation, die ich für eine der genialsten Erfindungen auf dem Gebiete chirurgischer Technik halte, gesehen haben, um die Wahrheit dieses Satzes begreifen zu können.

Ich erinnere mich im Augenblick eines Kranken, der vor ca. 1/2 Jahr in der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses von Dr. von Bergmann operirt wurde. Der Kranke, ein kräftiger Mann war zum Skelett abgemagert; seit längerer Zeit hatte er Alles, was er genossen hatte, binnen Kurzem erbrochen, er war thatsächlich allmälig verhungert und dem Erlöschen nahe. Bei der Operation liess sich ein fast den ganzen Pylorus ringförmig umgebender Tumor constatiren, dessen radicale Beseitigung unmöglich war. Es wurde desshalb die Anastomose zwischen Magen und Jejunum hergestellt um ein directes Ueberleiten des Mageninhaltes in den Darm nach Ausschaltung des Pylorus zu ermöglichen. Der sehr gechwächte Kranke vertrug den Eingriff gut. Seit demselben erfolgte kein Mal Erbrechen mehr; er wurde die ersten Tage mit Nährklystieren gefüttert, dann bekam er flüssige Nahrung und ca. 8 Tage nach der Operation leichte Fleischspeisen. Nach ca. 3 Wochen konnte Pat. mit verheilter Wunde entlassen werden. Wir hatten die Freude ihn nach ca. 4 Monaten wieder zu sehen. Er war kaum zu erkennen; der anämische, hohlwangige Mann hatte sich in ein kräftiges, gut genährtes Individuum verwandelt, an dem Nichts mehr an sein unheilbares Leiden erinnerte. Der Pat. selbst gab an sich völlig gesund zu fühlen und mit Ausnahme stark blähender oder gährender Nahrung, Alles gut vertragen zu können. Es ist dieses natürlich nur Illusion, denn früher oder später wird er doch seinem Leiden erliegen, doch meine ich, dass wir eine Operation, die diese Illusion zu Wege brachte. als eine humane preisen sollen und ihre möglichst weite Verbreitung anstreben müssen.

Vergleichen wir einmal die Resection des carcinomatösen Magens mit der genannten Operation! Dass das Indicationsgebiet ersterer ein sehr enges ist, haben wir oben gesehen. Obgleich ja Hoffnung besteht, dass in der Zukunft durch Ausbildung der Diagnose sich dasselbe erweitern wird, so ist doch anzunehmen, dass der bei weitem kleinste Theil der Magenkrebse mit Resection der erkrankten Partie behandelt werden wird, das Gros wird entweder in jenem Stadium sein, wo die Resection technisch nicht mehr möglich ist, oder der Kräftezustand des Kranken dieselbe verbietet. Die Grenzen der Anastomosenbildung stecken ein viel grösseres Gebiet ab. Die Operation beginnt da in ihr Recht zu treten, wo die Resection aus den beiden, oben genannten Gründen nicht mehr möglich ist. Man darf nicht glauben, dass die Enterogastroanastomose nur den Zweck hätte, dort wo bereits Stenosirung des Pylorus besteht, diese unschädlich zu machen, nein auch dort, wo noch kein Hinderniss für die Circulation der Magencontenta besteht, wird sich die Anlage einer Magendarmanastomose empfehlen. Wucherung und Zerfall der krebsigen Neubildung wird durch letztere in Schranken gehalten werden, da der reizende Mageninhalt bei seinem Uebertritt in's Duodenum nicht mehr gezwungen ist den Pylorus und das hier befindliche Carcinom zu passiren. Aus demselben Grunde verringern sich die Schmerzen oder cessiren gelegentlich wohl ganz; letztere sind für den Kranken eine arge Qual und treiben ihn dem Morphium in die Arme. Dieses wäre die Grenze der Operation nach unten hin, nach oben zu giebt es keine, höchstens so hochgradige Schwäche des Kranken, dass der Eingriff als solcher ihn tödten würde, könnte einschränkend wirken; doch würde ich rathen hier lieber etwas weiter zu gehen, als sich zu frühzeitig abschrecken zu lassen. Man soll sich nicht durch das Aussehen des Kranken täuschen lassen, das was man als Krebskachexie annahm, ist oft Nichts weiter als Inanition, die behoben werden kann, sobald die Ermöglichung der Ausnutzung der Nahrung geboten ist, wie der oben kurz skizzirte Fall bewies. Ich würde rathen



auch in den scheinbar desolatesten Fällen die Operation zu wagen, zumal die Technik derselben eine einfache ist, während die Resection technisch zu den schwierigsten Aufgaben der Chirurgie gehört. Sie ist leicht und was wichtig ist, die Prognose des Gelingens der Operation ist eine sehr gute.

Das was die Resultate der Eingriffe am Magendarmkanal bei Ausscheidung von Stücken aus der Continuität desselben so unsicher macht, sind die Schwierigkeiten der circulären Darmnaht. Diese fallen hier fort, da die beiden zu anastomosirenden Darmtheile flächenhaft mit einander zur Verklebung resp. Verwachsung gebracht werden, was stets anstandslos gelingt. Die Todesfälle fallen wohl nur sehr selten der Operation als solcher zur Last. Während die Fixirung des Zeitpunktes für die Möglichkeit der Ausführung der Resection des Pylorus oft unmöglich sein wird, glaube ich, dass die Anastomose noch immer zu einer Zeit gemacht werden kann, wo der Kräftezustand des Kranken dieselbe erlaubt, falls nur die Collegen von der Nützlichkeit des Eingriffs überhaupt überzeugt sind. Die Zeit welche der Kranke durch die Etablirung der Anastomose gewinnt, kann verschieden lang sein, sie wird wohl hauptsächlich von der Grösse, Ausdehnung und der anatomischen Beschaffenheit des Carcinoms abhängen. Doch das, was der Zweck der Operation war, ist erreicht worden: der Kranke ist für den Rest seines Lebens unter Verhältnisse gesetzt worden, die den normalen ziemlich gleich kommen, und darin liegt der eminente Segen dieser Operation. Kurz zusammengefasst sind die Indicationen für die Fistelbildung zwischen Magen und Darm doppelter Natur:

1) Wir machen die Operation in den Fällen wo die Resection des Pylorus nicht mehr möglich ist, um den Kranken von seinen Schmerzen zu befreien, das Wachsthum des Krebses möglichst zu verlangsamen und einer eventuell entstehenden Pylorusstenose ihre verhängnissvolle Consequenz zu nehmen.

2) Wir operiren, um dem Kranken die Nahrungsaufnahme wieder möglich zu machen in Fällen wo die Pylorusstenose bereits besteht und dem Pat. der Hungertod droht. (Indicatio vitalis).

Erinnern wir uns jetzt, M. H., des Ausgangspunktes unserer Besprechung, so hatte ich ausgeführt, dass die operative Therapie des Magenkrebses deshalb so wenig Anklang in breiteren Schichten gefunden hat, weil man die Eingriffe für zu gefährlich hielt und in denselben zu wenig Garantie für die Zukunft erblickte. Wir sind jetzt in der Lage den Grund dieser Beurtheilungsweise zu verstehen. Es war für die Indicationsstellung für den Eingriff, für die Art und den Zeitpunkt desselben zu wenig geschehen. Erst wenn wir Alle wissen, was überhaupt in jedem Falle erreicht werden kann, werden wir mit grösserer Sicherheit im Stande sein, denselben prognostisch richtiger zu beurtheilen. Ein Hauptfehler lag darin, dass die Operation der Gastroenteroanastomose von einem falschen Gesichtswinkel aus beurtheilt wurde. Das Zögern mit derselben, bis das Leben des Kranken an einem so dünnen Faden hing, dass die geringste Erschütterung hinreichte, denselben zu zerreissen, hat es verschuldet, dass der Eingriff noch nicht die Verbreitung gefunden hat, die ihm fraglos gebührt. Nicht die Operation hat die grosse Zahl der Todesfälle verschuldet, sondern das Zuwarten bis die Erschöpfung in Verein mit dem Grundleiden, den Kranken dahinraffte.

M. H. Wir Alle werden ja mit Freude den Zeitpunkt begrüssen, der uns das erhoffte Mittel gegen den Krebs bringt, wir Alle werden ja sicher dahin zielen, den Bestrebungen unsere wärmste Symphathie nicht versagen und emsig im Dienste derselben mitarbeiten, doch so lange dasselbe noch im Schoosse der Zukunft liegt, meine ich, ist es unser aller Pflicht, diejenigen Mittel, die zunächst als die einzig radicalen gelten und die uns die Chirurgie allein gewährt, durch genaues Studium aller einschlägigen Punkte im geeigneten Moment anwenden zu lernen.

Recapitulire ich das hier Besprochene noch einmal kurz, so erlaube ich mir dasselbe in folgende Punkte zusammenzufassen:

1) Die Carcinome des Magens machen therapeutisch keine Ausnahme von den Krebsen anderer Körpergebiete. Die Therapie ist eine rein chirurgische.

2) Die Operation ist womöglich zu einer Zeit vorzunehmen, wo noch kein Tumor palpabel ist.

3) Die Untersuchung soll stets in tiefster Narkose vorgenommen werden.

4) Erst die probatorische Incision wird in manchen Fällen den definitiven Ausschlag geben.

5) Für die Resection des Pylorus sind nur die Fälle heranzuziehen, wo der Tumor frei beweglich ist und keine zu ausgedehnten Metastasen vorhanden sind.

6) Sind diese Bedingungen nicht mehr vorhanden, so ist die Anlage einer Fistel zwischen Magen und Jejunum zu befürworten.

7) Mit letztgenannter Operation darf nicht erst gewartet werden bis der drohende Hungertod des Kranken dem Operateur das Messer als ultimum remedium in die Hand zwingt.

8) Auf letzteren Umstand sind die, für die verhältnissmässig einfache Operation zahlreichen Todesfälle zu beziehen.

Referate

A. Goldscheider. Zur allgemeinen Pathologie des Nervensystems. (Berl. kl. Wochenschrift 1894 № 18 u. 19).

I. Ueber die Lehre von den trophischen Centren.

G. constatirt, dass die heute geltenden Anschauungen über die trophischen Centren nicht genügend wären, um gewisse Thatsachen der Pathologie des Nervensystems zu erklären, namentlich nicht die nach Amputationen in den Nerven des Stumpfes und im Rückenmark auftretenden Veränderungen. Durch die Untersuchungen verschiedener Autoren (in letzter Zeit durch Marinesco) ist es festgestellt worden, dass nach Amputationen umfangreiche Veränderungen in den zugehörigen Nervengebieten entstehen. Nicht blos die sensiblen sondern auch die motorischen Nerven des Amputationsstumpfes werden atrophisch gefunden. Im Rückenmark zeigen sich sowohl an der weissen als auch an der grauen Substanz, speciell auch im Gebiete der Vorderhörner, atrophische Veränderungen; auch die vorderen und die hinteren Wurzeln nehmen an der Atrophie Theil. In der Erklärung dieser Thatsachen schliesst G. sich Marinesco an, welcher die Anschauung vertritt, dass die trophische Function der sog. trophischen Centren (Vorderhornzellen, Rindenzellen, Zellen der Spinalganglien) keine automatische Thätigkeit darstelle, wie bisher angenommen wurde, sondern durch peripherische Reize erhalten und regulirt werde. Marinesco sagt: Wenn diese Zellen, welche wir als trophische Centren ansprechen, ihre ernährende und die Structur conservirende Function dauernd erhalten sollen, so bedürfen sie eines Zuflusses von peripherischen Reizen. Die Amputation eines Gliedes vermindert naturgemäss die Quantität dieser Reize, so dass sie nicht mehr genügen, um auf die Dauer die Function der trophischen Zellen auf ihrer normalen Höhe zu erhalten. Goldscheider erweitert diese Theorie, indem seiner Meinung nach, die in Frage stehenden Reize nicht nothwendig von der Peripherie her zu stammen brauchen, sondern ebenso gut vom Gehirn ausgehen können. Letztere Annahme würde eine ungezwungene Deutung der bisher unerklärten cerebralen Muskelatrophie zulassen. Die hier kurz wiedergegebene Theorie über die trophischen Centren erfährt dann im weiteren Theil der Arbeit eine genauere Ausführung und Begründung, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann.

II. Ueber Neuron-Erkrankungen.

Goldscheider will die durch die Untersuchungen der letzten Zeit so wohl gesicherte Lehre von den Nerveneinheiten oder Neuronen (Waldeyer, Kölliker u. a.) in die Neuropathologie aufgenommen wissen. Der Inhalt dieser Lehre ist kurz folgender: Unser Nervensystem baut sich auf aus abgegrenzten, discontinuirlich an einander gereihten Nerven-

einheiten, von **Waldeyer** Neurone genannt. Jedes Neuron setzt sich zusammen aus 3 Stücken: der Nervenzelle, Nervenfaser und dem Faserbäumchen (Endbäumchen). Wie die Entwickelungsgeschichte und die Phänomene der **Waller**'schen und **Türk**'schen Degeneration zeigen, bildet jedes Neuron eine nutritive Einheit derart, dass nur die in continuirlicher Verbindung mit dem Zellkörper stehenden Theile des Neurons ihre normale Constitution zu bewahren im Stande sind. Die motorische Leitungsbahn besteht aus 2 Neuronen. Das eine (**indirectes motorisches Neuron von Kölliker's—mot. N. 2. Ordnung Waldeyers**) umfasst die Gehirn-Ganglienzelle und ihren Nervenfortsatz, der zur Pyramidenfaser wird und im motorischen Kern (Hirnnervenkern oder Vorderhorn) mit einem Faserbäumchen endigt; das andere (**directes mot. Neuron von Kölliker's oder mot. N. 1. Ordnung Waldeyers**) besteht aus der Ganglienzelle des Hirnnervenkernes resp. des Vorderhorns und ihrem Nervenfortsatz, der zur Wurzelfaser und dann zur peripherischen Nervenfaser wird, um im Muskel gleichfalls dendritisch zu endigen. Die sensible Leitungsbahn weist, wenn man von der Peripherie ausgeht, zunächst ein Neuron auf, welches aus der Ganglienzelle des Spinalganglions und ihrem ┬ förmig getheilten Nervenfortsatz besteht, dessen einer Theil sich zur Peripherie (Haut) begiebt, dessen anderer Teil zur Hinterstrangfaser wird und mit einem Faserbäumchen in der grauen Substanz des Rückenmarks oder der Medulla oblongata (Kerne des Keil- und zarten Stranges) abschliesst (**direct sensibles Neuron von Kölliker's, sensibles Neuron 1. Ordnung Waldeyers**). Als sensible Neurone 2. Ordnung, über deren Endigung sichere Kenntnisse z. Th. noch fehlen, werden die Schleifenbahn, die Kleinhirn-Seitenstrangbahn, sowie im Vorderseitenstrang verlaufende aus Strangzellen des R. M. ihren Ursprung nehmende Bahnen angesehn.

Diese anatomischen Anschauungen werden nun durch G. auf die specielle Pathologie des Nervensystems angewandt. So stelle z. B. die progressive (spinale) Muskelatrophie eine Erkrankung des directen motorischen Neurons dar; desgl. die Bulbärparalyse, während es sich bei der amyotrophischen Lateralsklerose um eine Erkrankung sowohl des directen als auch des indirecten motorischen Neurons handele. Die Tabes dorsalis wäre als degenerative Erkrankung des directen sensiblen Neurons aufzufassen. Wesentlich modificirend wirke die Lehre von den Neuronen auf unsere bisherigen Anschauungen über die Systemerkrankungen. Die funiculäre Form der Degeneration wird nicht mehr wie bisher als charakteristisch für die Systemerkrankungen betont werden können; denn fasst man die Neurone eines bestimmten Typus als System zusammen, z. B. System der directen sensiblen Neurone, so wird eine systematische Erkrankung eine sehr verschiedene anatomische Configuration darbieten, je nachdem alle oder nur diese oder jene Gruppe von Neuronen des Systems erkrankt sind. Das Massgebende für den systematischen Charakter ist somit weniger die in vielen Nüancen spielende Configuration der Degenerationsfigur, sondern die functionelle Zusammengehörigkeit der Neurone.

Die interessanten Details des lesenswerthen Aufsatzes müssen im Original nachgelesen werden. **Weiss.**

E. Grawitz: Beobachtungen über ein neues harnsäurelösendes Mittel bei Gichtkranken. (Deutsche med. Wochenschrift № 41).

Das Mittel «Lysidin» wurde **Grawitz** von Prof. **Ladenburg** zur Untersuchung und Anwendung an Kranken übergeben. Es ist chemisch ein Aethylenäthenyldiamin, löst sich leicht im Wasser, ist von weissröthlicher Farbe und eigenthümlichem, an den Geruch von Mäusen erinnerndem Geschmack; nach Ladenburg soll das Mittel unschädlich sein, dabei die fünffache harnsäurelösende Wirkung des Piperazin haben. Verfasser wandte das Mittel an zwei Kranken an, bei dem einen handelte es sich um einen ziemlich heftigen acuten Gichtanfall, während bei dem zweiten stark ausgesprochene chronische gichtische Veränderungen vorhanden waren. Als geeignetes Lösungsmittel erwies sich kohlensaures Wasser, und wurde pro die 1—5 g. auf 500 Wasser verabfolgt. Nebenwirkungen zeigten sich selbst bei fortgesetztem Gebrauch nicht, auch trat bei keinem der Kranken ein subjectives Gefühl von Widerwillen gegen das Mitel ein. Was nun den Einfluss auf den acuten Gichtanfall anlangt, so machte sich derselbe in eclatanter Weise geltend; schon nach einigen Tagen wichen die starken Schmerzen in der Zehe, und nahm die Anschwellung ab. Bald nach dem Aussetzen des Mittels wurde wieder die Anschwellung sichtbar, die Schmerzen in den befallenen Zehen setzten wieder ein, um bei Wiederaufnahme der Therapie prompt und rasch zurückzugehen. Beim zweiten Patienten, der zahlreiche Tophi an den Gelenken der Hände und Finger, an der Ohrmuschel und Achillessehne zeigte (ein kleines gelbes Knötchen, offenbar ein kleiner Tophus war sogar am freien Rande der Epiglottis bemerkbar) trat ebenfalls unter der Behandlung mit Lysidin Besserung ein. Die Beweglichkeit der grossen und kleinen Gelenke nahm in auffallender Weise zu, die Tophi verkleinerten sich rasch; dieser Effect war um so mehr bemerkenswerth, als die vorhergegangene mehrmonatliche Cur mit den bereits bekannten Mitteln, wie Lithion, alkalischen Wässern etc., fast ganz resultatlos blieb. Die vom Verf. angestellten Stoffwechselversuche bei beiden Patienten brachten keinen sicheren Aufschluss über die Art der Wirkung des Lysidins.

Abelmann.

Ladreit de Lacharrière und Castez: Indicationen und Contraindicationen für Behandlung durch Meerbäder bei Krankheiten der Ohren, der Nase, des Pharynx und des Larynx. La France médicale, № 34. 3. August 1894.

Die Verfasser kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Behandlung mit Meerbädern ist indicirt bei den Ohrenleiden, die skrophuloser, tuberculoser (bei nicht zu tiefer Lage), congestiver, hysterischer Natur sind. Sie sind contraindicirt bei einem Eczem des Gehörgangs, bei trockener Otitis, der Krankheit von Ménière. 2) Betreffs der Nasen: leiden sind die Meerbäder schädlich **allein** beim Eczem der Nasenhöhlen; sie sind äusserst wirksam für verschiedene chronische Rhiniten und nach Abtragung von Drüsen-Geschwülsten. 3. Betreffs der Krankheiten des Pharynx und Larynx sind die Indicationen beschränkt. Bei Larynxtuberculose sind die Meerbäder contraindicirt. Im Allgemeinen: Bei den Affectionen der Nase geben die Meerbäder die besten Resultate. **Grimm.**

Paul Samter. Heilung eines Falles von Riesenzellensarcom (ausgehend vom Tibiakopf) durch Arsenik. Deutsche med. Wochenschr. № 37.

Bei einem 23 jährigen Mädchen constatirte S. folgenden Status: bedeutende Schwellung des linken Kniegelenks, Behinderung der activen und passiven Bewegung. An der Vorderseite des linken Tibiakopfes eine apfelgrosse Geschwulst (bereits Recidiv), die von innen emporgewuchert war. Die Drüsen der linken Leiste stark geschwellt, ebenso die Lymphdrüsen der Axelhöhle. Patientin klagte über sehr heftige Schmerzen im linken Bein, so dass Stehen und Gehen ihr unmöglich wurde. Die mikroskopische Untersuchung der emporgewucherten Geschwulstmassen ergab die Diagnose eines Riesenzellensarcoms. Die Chirurgen lehnten die Amputation ab, weil der Tumor rasch gewachsen war nachdem er vor einem Jahre entfernt wurde. S. verordnete die bekannten asiatischen Arsenikpillen und zwar bis zu 10 Pillen täglich. Nach neunmonatlicher Cur waren die Leistendrüsen abgeschwellt. In der Gegend des linken Tibiakopfes bemerkte man eine Höhle die mit wenig zerfallenen Gewebsmassen angefüllt war; die Wundhöhle hatte sich auf die Hälfte verkleinert. Patientin war frei von Schmerzen, konnte das Bein beugen und strecken. 2 Jahre nach Einleitung der Arsenikkur (Patientin hatte 2600 Pillen verbraucht) waren keine Spuren von Lymphdrüsenschwellung weder in der Leistengegend, noch in der Axelhöhle zu constatiren, das Kniegelenk erschien völlig normal bis auf eine kleine granulirende Knochenhöhle im Tibiakopf. Die Beweglichkeit im Kniegelenk war ganz unbehindert. Die mikroskopische Untersuchung der Granulationen in der Knochenhöhle zeigte das Fehlen jeglicher Geschwulstmassen. **Abelmann.**

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. **W. Czermak (Innsbruck)**: Die augenärztlichen Operationen. Heft I.—VII. Wien 1893/94. C. Gerold's S.

In manchen Hand- und Lehrbüchern der Augenheilkunde ist der Operationslehre ein besonderes Capitel gewidmet. Dennoch fehlte es in der deutschen ophthalmologischen Literatur bisher an einem Werke, wie das vorliegende, welches in systematischer und zugleich möglichst vollständiger Weise nicht nur die allgemeine Ophthalmo-Chirurgie, sondern auch all' die einzelnen am Auge und seinen Adnexen geübten Operationen behandelt. Indem dieses Buch eine rasche und sichere Orientirung über die zur Zeit üblichen Operationsmethoden ermöglicht und zugleich eine anschauliche, durch treffliche Abbildungen erläuterte Darstellung derselben bietet, wird es dem Specialisten sowohl, wie auch jedem Arzte, der gelegentlich Augenoperationen ausführt, willkommen sein. Das erste Capitel handelt vom augenärztlichen Instrumentarium; sämmtliche gegenwärtig bei Augenoperationen gebräuchliche Instrumente sind hier bildlich dargestellt, mit Angabe ihres Erfinders und der Art ihrer Anwendung. Wer daran geht, sich ein augenärztliches Besteck zusammenzustellen, findet hier eine gute Richtschnur für die Auswahl seiner Instrumente. Der Verf. hat gewiss Recht, wenn er bemerkt, dass in Specialfächern

vielfach die Neigung bestehe, für jeden Eingriff, jede Schnittart ein eigens gebautes, oft complicirtes Instrument für nöthig zu halten, und man wird ihm unbedingt beistimmen müssen, wenn er den einfacheren Instrumenten wegen der Vielseitigkeit ihrer Anwendung und wegen ihrer leichteren Reinigung stets den Vorzug giebt. Im zweiten Capitel wird die Aseptik bei Augenoperationen besprochen, im dritten finden wir allgemeine Erörterungen über Operation, Anaesthesie, Narkose, Nachbehandlung, Verbände. Weiterhin werden die einzelnen Operationen abgehandelt, und zwar in den bisher vorliegenden Heften, diejenigen an den Lidern, der Bindehaut, den Thränenwegen, der Augenhöhle und den Augenmuskeln. Bei jeder Operation werden die Indicationen, die Methoden mit ihren Modificationen, der Heilverlauf und seine möglichen Störungen ausführlich besprochen. Die gebräuchlichsten Methoden, sowie die einzelnen Phasen der wichtigsten Operationen sind durch anschauliche Holzschnitte illustrirt. Bei der Angabe der verschiedenen Methoden und ihrer Modificationen ist der Verf. sichtlich bemüht gewesen, den Autoren durch Quellenangaben gerecht zu werden; sollte ihm dieses nicht überall gelungen sein, so wäre das bei der übergrossen Zahl von Abänderungen, welche für manche Operation (z. B. Trichiasis-Operation!) von den verschiedensten Seiten empfohlen worden sind, wohl zu entschuldigen. Wir zweifeln nicht daran, dass dieses durchaus zweckentsprechende und dabei vorzüglich ausgestattete Buch sich bald einen Platz im Bücherschranke des Augenarztes sowohl wie auch manches anderen Arztes sichern wird, und sehen gern den weiteren Lieferungen desselben entgegen. B.

Th. Kocher: Chirurgische Operationslehre. Zweite Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1894.

Die erste Auflage dieses einzig in seiner Art dastehenden Buches hat Ref. vor 2 Jahren warm empfohlen (cf. diese Wochenschr. 1892 pag. 422) und seine originellen grossen Vorzüge vor anderen Operationslehren im Einzelnen hervorgehoben. Die neue Auflage verdient auch das grösste Lob in zweiter Auflage. Der Umfang des Buches ist gestiegen von 208 auf 323 Seiten, die Zahl der Abbildungen beträgt 185 (gegen 163). Die Abbildungen sind durchweg bei weitem schöner und eleganter als früher. Es würde uns zu weit führen im Einzelnen die Vervollständigungen des Textes anzuführen; es ist kaum ein Kapitel unverbessert geblieben, viele ganz neue Abschnitte sind neu aufgenommen. Ref. ist Angesichts dieser zweiten Auflage in seiner Ansicht nur bestärkt worden, dass Kocher's Operationslehre gegenwärtig die beste ist, die wir besitzen. Für die Zukunft ist in Aussicht genommen auch «den Arbeiten anderer Autoren gerecht zu werden.» Wanach.

Prof. H. Chiari: Pathologisch-anatomische Sectionstechnik. Mit 28 Holzschnitten. Berlin. 1894. Fischer's medic. Buchhandlung v. H. Kornfeld. Preis 3 M.

Verfasser hat, wie er in der Vorrede sagt, trotz der in nicht geringer Anzahl vorhandenen Anleitungen zur Ausführung pathologisch-anatomischer Sectionen sich zur Abfassung vorliegenden Büchleins entschlossen, weil gerade diejenige Technik, wie er sie selbst auf Grund des Sectionsverfahrens von Rokitansky ausgearbeitet hat, ihre besonderen Vortheile bietet und er sie einer eigenen Beschreibung werth erachtet. Es liegt nicht im Rahmen dieser Besprechung auf die Abweichungen dieser Technik von den anderwärts geübten des Näheren einzugehen, aber es muss hervorgehoben werden, dass Verf. es verstanden hat den an sich gewiss dürren Stoff in bewundernswerther Weise ansprechend darzustellen. Jeder Prosector und jeder Arzt, der gelegentlich in die Lage kommt Sectionen ausführen zu müssen, wird bei der Lecture des kleinen Werkes nicht nur Anregung sondern sogar einen gewissen Genuss finden. Die 18 beigegebenen Musterprotokolle mögen besonders Anfängern zum Studium empfohlen werden. Wl.

J. Borntraeger: Compendium der gerichtsärztlichen Praxis. Leipzig. 1894. Hartung & Sohn. 695 Seiten. Preis 10 M.

Handliches, übersichtlich geordnetes und ungemein reichhaltiges Werk. Da dasselbe dazu bestimmt ist dem praktischen Gerichtsarzt als Hilfsbuch zu dienen, so hat Verfasser zweckmässiger Weise jedem Abschnitte die einschlägigen für Deutschland giltigen Gesetze, Erlasse, Entscheidungen u. s. w. hinzugefügt — eine Beigabe, welche sicher auch vielen ausserhalb Deutschlands beamteten Gerichtsärzten sehr willkommen sein wird. Als besondere Vorzüge müssen hervorgehoben werden: in dem Kapitel über Verletzungen die Berücksichtigung der beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit Unfallverletzter, in dem Kapitel über Geistesstörungen die Besprechung der Giftpsychosen sowie der Hypnose und Suggestion, ferner die praecise Behandlung solcher Fragen wie Straferduldungsfähigkeit, Dienst und Erwerbsfähigkeit, Vernehmungs- und Zeugnissfähigkeit, Glaubwürdigkeit, Gemeingefährlichkeit u. dergl., endlich die gerichtsärztliche Beurtheilung des kunstwidrigen Handelns. Es sind dieses Abschnitte, welche in den meisten Lehrbüchern der forensischen Medicin entweder ganz vermisst werden oder doch nur stiefmütterlich behandelt sind. Die Darstellungsform ist oft verblüffend knapp, jedoch gewinnt hierdurch das Werk nur in seiner Eigenschaft als Nachschlagebuch. Die zahlreichen überall eingestreuten praktischen Winke zeugen von der bedeutenden eigenen Erfahrung des Verfassers. In der Ausstattung lässt das Büchlein nichts zu wünschen übrig. Wl.

Charles Sajous: Annual of the universal medical sciences. 1894. The F. A. Davis Company, Philadelphia, New-York, Chicago. 5 Bände.

Wir machen hiermit auf den eben erschienenen diesjährigen Jahrgang des wirklich ganz vorzüglichen Jahresberichts aufmerksam. Er kann an Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit und glänzender Ausstattung kaum übertroffen werden. Die Bibliotheken, die das Werk noch nicht besitzen, sollten es sich durchaus anschaffen. Bemerken möchten wir nur, dass die Zahl der verarbeiteten periodischen Journale allein 1153 beträgt, dazu kommen dann noch Bücher, Monographien, Dissertationen etc. W.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In Folgendem gebe ich 2 kleine Notizen, um die Herren Collegen zu veranlassen, weitere Beobachtungen anzustellen.

1. Den 5. Nov. wurde ich zu einem Kranken — Дмитрій Дим. — Dwornik, 42 Jahre alt gerufen, der sich über Bluthusten beklagte. Der Mann wohnte mit seiner Familie in 2 Zimmern eines Hauses der 12. Ismail. Rotte, eine Treppe hoch. Ernährungszustand leidlich, ziemlich auffallende Anaemie, kein Fieber. An den Lungen nichts bestimmtes Pathologisches durch die Percussion zu constatiren, es sei denn eine geringe Dämpfung unter dem linken Schulterblatt; Respiration rauh, besonders hinten; ziemlich häufig und heftig auftretender Husten, mit dem stinkender, braungrauer eiterähnlicher Schleim mit rothen Blutstreifen untermischt, entleert wird. Beim Husten wird Schmerz in der Herzgrube empfunden.

Der Kranke erzählt Folgendes:

Er sei im Juni 1893 mit Bluthusten erkrankt, worauf in nicht zu langer Zeit sich ein sehr stark stinkender Auswurf mit Blut gezeigt hätte. Bei der Behandlung durch einen Arzt habe sich bis zum Anfang dieses Jahres (1894) keine Besserung gezeigt, da habe er sich am 15. Jan. 1894 in das Helenen-Institut an den Prof. Dr. N. — gewandt, der ihn bis zum 1. Mai behandelt habe: der Blutauswurf hätte aufgehört, doch der Auswurf des stinkenden Schleims hätte bei heftigem Husten weiter bestanden; am 1. Mai sei er auf den Rath des betreffenden Arztes auf's Land gereist, da der letztere ihm die Hoffnung auf Genesung bei Verweilen in der Stadt genommen hätte. Bis zum 25. Juli blieb er im Dorf, fühlte sich wohler, der Auswurf nahm an Gestank ab, ja der letztere schwand zeitweilig ganz. Einen Monat noch hielt das Wohlsein hier an, dann trat wieder der starke Husten nebst scheusslich stinkendem Auswurf auf; der Gestank sei ihm unerträglich, seiner Frau und den Kindern höchst widerlich.

Kurz vordem dieser Pat. sich an mich wandte, hatte ich irgendwo — ich glaube im «Врачъ» — gelesen, dass Kreosot subcutan angewandt bei Lungengangrän Erfolg gehabt habe — Ich wandte es an. Der Pat. erhielt subcutan je eine Pravaz'sche Spritze einer Mischung von Kreosot mit Oleum Vaselini 1:10, während der 7 ersten Tage 2 Mal täglich, dann 3 Tage 1 Mal täglich, also im Ganzen 17 Spritzen; nach der dritten Injection schwand der Gestank. Heute *) habe ich den Pat. untersucht; ausser einem des Nachts mitunter auftretenden Husten ist Pat. vollkommen gesund; wenn etwas ausgehustet wird, so ist es grüner Schleim ohne Geruch. — Ich lasse die Injectionen noch fortfahren — 2 Mal wöchentlich eine Injection. Ich glaube dieser Fall liefert die Anregung, die Behandlung in vorkommenden Fällen zu versuchen. An den Injectionsstellen war keine Reaction eingetreten.

2. Ich selbst erkrankte plötzlich vor 4 Tagen an einer Erysipelas ähnlichen Dermatitis der Nase, ohne dass in der Nasenhöhle ein Furunkel etc. war. Die Ursache konnte ich nur einer Infection mit zersetztem Eiter bei einer Operation, die ich den Abend vorher gemacht hatte, zuschreiben. Ich bemerkte die Röthe und Schwellung am Morgen beim Aufwachen. — Ich kam auf folgende Art der Behandlung: Aeusserlich ein Streupulver aus Talk und Magnesia; in die Nasenhöhle legte ich für kürzere Zeit, häufig wiederholend, Wattebäusche mit einer 3 pCt. Cocainlösung. Die Dermatitis begrenzte sich nach ca. 24 Stunden an der Nasenwurzel;

*) Das Manuscript ist am 18. November geschrieben. D. Red.



Schmerzen habe ich fast gar keine gehabt; nach 3 Tagen bin ich heute genesen. Ich meine, dass in diesem Fall das Cocain auf die Nasenschleimhaut eine Wirkung gehabt hat und mittelbar dadurch auf die Haut und den Krankheitsverlauf. — Jedenfalls aber hat das Mittel schmerzstillend gewirkt, da das Gefühl der Spannung und Hitze bald schwand und, wenn beim erneuten Auftreten ich es wieder anwandte, die schmerzstillende Wirkung wieder präcis eintrat. Meiner Ansicht wäre es nicht schlecht, das Mittel auszuprobiren, da es nicht schaden kann. Grimm.

Vermischtes.

— Am 1. December feierten die Doctore Arnold Schmitz und G. A. Tschoschin das 25-jährige Jubiläum ihrer Thätigkeit am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg. — Dr. Arnold Schmitz war bis 1872 Assistent, dann ausseretatmässiger Arzt im Ambulatorium, und leitet seit dem 20. Juni 1876 als Nachfolger Ed. von Wahl's die chirurgische Abtheilung des Hospitals. — Dr. G. A. Tschoschin, früher am städtischen Alexander-Hospital zum Andenken an den 19. Febr. 1861 thätig, widmet ebenfalls seit 25 Jahren seine Kräfte dem Oldenburger Kinderhospital und zwar gegenwärtig als Ordinator der Infectionsabtheilung und Prosector.

— Ordensverleihungen: Der St. Alexander-Newski-Orden — dem Ober-Medicinalinspector der Flotte, Ehrenleibchirurg Geheimrath Dr. Kudrin. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Oberarzt des Marinehospitals in Sewastopol, wirkl. Staatsrath Dr. Siebert und dem Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Rambach.

— Verabschiedet: Der Beamte V. Classe für besondere Aufträge beim Minister des Innern, wirkl. Staatsrath Dr. Leschtischniski, der Gehilfe des Militär-Medicinalinspectors des Amur-Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Kulitschenko und der Divisionsarzt der 15. Cavalerie-Division, wirkl. Staatsrath Schilling — sämmtliche mit der Uniform.

— Ernannt: Der ältere Arzt der 3. Flotteneqnipage, Colleg.-Rath Dr. Taraszkewicz — zum Oberarzt der technischen Marineschule.

— Verstorben: 1) Am 8. November der frühere ältere Arzt der Cantonistenschule in Smolensk, Dr. Georg Harnack im Alter von 84 Jahren auf seinem Gute im Gouvernement Smolensk. Er war schon seit dem Jahre 1852 pensionirt. 2) In St. Petersburg der jüngere Arzt des Asowschen Infanterieregiments Johann Kühn. 3) Am 17. November der Kanewsche Stadtarzt Alexander Kutowoi im 36. Lebensjahre an Diphtherie, mit welcher er sich beim Empfang von Rekruten inficirt hatte. Er starb auf der Reise nach Kiew und bald darauf erkrankte auch seine Frau, die ihn begleitete, an derselben Krankheit. 4) Im Kirchdorf Balakowo (Gouv. Samara) der Landschaftsarzt Peter Zwetkow im 40. Lebensjahre am Schlage. Einige Wochen vor seinem Tode hatte er das Unglück zwei seiner Kinder an Diphtherie zu verlieren. 5) Im Flecken Iwanowka (Gouv. Jekaterinoslaw) der Landschaftsarzt Jakob Nadarow im Alter von 36 Jahren an einer Herzkrankheit.

— Wie verlautet ist Dr. N. N. Baschenow, bisher Leiter des temporären Asyls für Geisteskranke in Moskau, zum älteren Arzt des hiesigen Panteleimon-Hospitals für chronische Geisteskranke (bei der Station Udelnaja der finländischen Eisenbahn) ernannt worden.

— Die Saratowsche Gouvernements-Landschaft hat einen Preis von 500 Rbl. für die beste, allgemein verständliche Belehrung über die Diphtherie ausgesetzt.

— Die Gesellschaft der Odessaer Aerzte hat beschlossen die von ihr gegründete «Südrussische medicinische Zeitung» «Южно-Русская Медицинская Газета» in Pacht zu vergeben.
(Nowoross. Tel. — Russ. Med.)

— In der vorigen Woche haben Prof. Dr. Dragendorff und Docent Dr. Stadelmann die Stätte ihrer bisherigen Wirksamkeit, die Stadt Jurjew (Dorpat), verlassen, um nach Deutschland überzusiedeln. Zahlreiche Bekannte gaben den Scheidenden das Geleit.

— Bezüglich des Diphtherie-Heilserums ist vom Ministerium des Innern folgende Verfügung erlassen worden: «Das Ministerium des Innern hat gemäss dem Beschluss des Medicinalraths allen Krons- und communalen Heilanstalten, allen ärztlichen Vereinen und Apotheken den Bezug des Diphtherieserums von Roux und von Behring aus dem Auslande gestattet. Dieses Serum darf jedoch nicht anders als nach ärztlichen Recepten und in der Originalverpackung mit Angabe der Zeit der Anfertigung abgelassen werden und darf ausschliesslich nur von Aerzten, unter ihrer persönlichen Aufsicht und Verantwortlichkeit, angewandt werden.»

— Vom 1. Januar 1895 ab erscheint eine neue medicinische Zeitschrift: «Aerztliche Sachverständigen-Zeitung». Als Herausgeber zeichnen Dr. L. Becker und Dr. A. Leppmann, den Verlag hat Richard Schoetz, Berlin, übernommen. Zunächst soll die Zeitschrift alle 14 Tage erscheinen. Sie wird Originalarbeiten, Referate, namentlich Sammelreferate, Bücherbesprechungen bringen und namentlich öffentliche Gerichtsverhandlungen, bei denen medicinische Fragen eine Rolle spielen, fachmännisch analysiren.

— Die «Société de Médecine mentale de Belgique» hat den Professor der Psychiatrie an der hiesigen militär-medicinischen Academie Dr. Bechterew, sowie die deutschen Professoren Dr. Meschede, Director der psychiatrischen Klinik in Königsberg, und Dr. Mendel in Berlin zu Ehrenmitgliedern erwählt. Gleichzeitig erhielten auch der frühere Justizminister von Belgien Le Jeune und einige Professoren in Paris, Upsala, Neapel, Grossbritannien und Amerika Ehrenmitgliedsdiplome dieser Gesellschaft.
(A. m. C.-Ztg.).

Am 6. December n. St. beging der bekannte Kliniker Prof. Senator in Berlin seinen 60. Geburtstag. Aus diesem Anlass überreichten ihm die Assistenten der Klinik und Poliklinik ein Album mit den Photographien aller seiner früheren und jetzigen Assistenten und den Bildern des Augustahospitals, der Charité und der Poliklinik. (A. m. C.-Ztg.).

— An der militär-medicinischen Academie hat sich Dr. I. A. Praxin mit Genehmigung der Conferenz der genannten Academie als Privatdocent für Chirurgie habilitirt.
(Russ. Med.).

— In Göttingen sind die Privatdocenten Dr. F. Droysen (Geburtshelfer) und Dr. O. Hildebrand (Chirurg) zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— An der Universität Tomsk haben in diesem Semester 60 Studirende den medicinischen Cursus absolvirt und die Arztprüfung, welche seit der Gründung der Universität zum zweiten Mal stattfand, überstanden, darunter 16 mit dem Prädicat «eximia cum laude». — Die Gesammtzahl der Studirenden an der genannten Universität beträgt gegenwärtig 415. Dazu kommen noch 15 freie Zuhörer.

— In Paris studiren gegenwärtig 5144 Personen Medicin, darunter 1002 Ausländer. Die Zahl der Medicin studirenden Frauen beträgt dort 193, von denen jedoch nur 24 Französinnen sind; die meisten anderen sind Russinnen. Für eine solche grosse Hörerzahl (seit 8 Jahren hat sich dieselbe verdoppelt) reichen die Localitäten der medicinischen Facultät schon lange nicht mehr aus.

— Die Studirenden der militär-medicinischen Academie, welche wegen Nichtbezahlung der Collegiengelder bis zum 1. November vor Kurzem von der Academie ausgeschlossen wurden, sind wieder in die Zahl der Studirenden aufgenommen worden, nachdem die Collegiengelder zum grössten Theil von einer Wohlthätigkeitsgesellschaft und für einige auch von einzelnen Privatpersonen erlegt worden sind.

— Der Rechtsanwalt Berlin, welcher den Process des Prof. Jäger wider den Redacteur des «Wratsch» führt, hat nachdem das Bezirksgericht und der Gerichtshof Prof. Manasseïn freigesprochen, eine Cassationsklage beim Senat angemeldet.
(Wr.)

— Die Choleraepidemie herrscht nach dem neuesten Cholerabulletin noch in 25 Gouvernements des russichen Reiches, in den meisten derselben jedoch nur noch in mässigem Grade. Eine grössere Zahl von Neuerkrankungen und Todesfällen an der Cholera weisen noch Podolien, wo vom 13.—19. November 290 Personen erkrankten und 113 Personen starben, sodann die Gouvernemente Bessarabien (vom 13.—26. Nov. 60 Erkrankungen 23 Todesfälle), Petrikow (v. 13.—19. Nov. 53, resp. 30) und Grodno (v. 13.—19. Nov. 45, resp. 27) auf. Die Gouvernements Wologda und Chersson sind für cholerafrei erklärt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. November d. J. 6442 (55 mehr als in der Vorwoche), darunter 173 Typhus — (10 weniger) 742 Syphilis — (33 weniger), 131 Scharlach (1 mehr), 45 Diphtherie — (7 mehr), 35 Masern (= d. Vorw.) und 15 Pockenkranke (= d. Vorwoche).

Am 3. December d. J. betrug die Zahl der Kranken 6477 (35 mehr als in der Vorwoche), darunter 190 Typhus — (10 mehr), 758 Syphilis — (16 mehr), 132 Scharlach (1 mehr), 54 Diphtherie — (9 mehr), 32 Masern — (3 weniger) und 12 Pockenkranke — (3 weniger).

Vacanzen.

1) Im Kreise Torshok (Gouv. Twer) wird für den neueirten 7. ärztlichen Bezirk ein Arzt gesucht. Gehalt 1300 Rbl. nebst freier Wohnung mit Beheizung. Die Meldung geschieht bis zum 27. December bei der: «Новоторжская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Werchnedneprowsk (Gouv. Jekaterinoslaw). Gehalt bis zum 1. Juli 1895 — 700 Rbl. nebst freier Wohnung und vom 1. Juli 1895



ab 1000 Rbl. und Wohnung. Adresse: «Верхнеднѣпровская Земская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Bogutschar (Gouv. Woronesh). Gehalt 1500 Rbl. Adresse: «Богучарская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. November bis 3. December 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
311	239	550	116	36	110	19	9	14	37	38	48	51	37	28	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 8, Scharlach 20, Diphtherie 27, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 30.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. December.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December.

Дозв. ценз. Спб. 10 Декабря 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 17. (29.) December 1894

Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie[1]).

Von

Dr. med. Higier

aus Warschau.

M. H.! An der Hand eines grösseren Materials, das von mir theils in der Privatpraxis theils auf der Nervenabtheilung des Warschauer Israelitenhospitals in den letzten Jahren gesammellt wurde, möchte ich an dieser Stelle das klinische Bild zweier interessanter Symptomencomplexe entwerfen, die sowohl in theoretischer Hinsicht als auch aus praktischen Gründen einer näheren Besprechung werth sind. Ich meine die sog. «acute umschriebene Hautschwellung» (Quincke) und das «hysterische Oedem» (Sydenham).

Die von Quincke in den letzten Jahren erst genauer studirte und beschriebene Angioneurose ist in der deutschen Literatur ziemlich gut bekannt; sind es doch fast ausschliesslich deutsche Autoren, von denen erschöpfende Arbeiten und werthvolle Beiträge geliefert worden sind. Ich will nur erwähnen die Arbeiten von Küssner, Börner, Joseph, Lichtheim, Strübing, Banke etc.[2]) Desto auffallender muss es deshalb erscheinen, dass das bedeutend ältere, schon von Sydenham meisterhaft geschilderte «hysterische Oedem» in der deutschen medicinischen Literatur fast gar nicht berücksichtigt, in den meisten Lehrbüchern beinahe nicht erwähnt, ja, von manchen Autoren dessen klinische Existenzberechtigung geradezu in Frage gestellt wird. Die meisten Arbeiten verdankt das Kapitel der hysterischen Oedeme amerikanischen und französischen Aerzten, am ersten Platze wohl der Schule der Salpetrière und deren unsterblichem Meister Charcot, dem besten Kenner der Hysterie.

Was zunächst die Quincke'sche, mit typischen Symptomen einhergehende, selbstständig oder secundär bei functionellen Leiden entstehende Hautaffection anbetrifft, so äussert sie sich in dem Auftreten circumscripter oedematöser Schwellungen der Haut und des Unterhautzellgewebes, die gewöhnlich, ohne das Allgemeinbefinden zu stören, an mehreren Stellen zugleich erscheinen, in einem Zeitraum von wenigen Stunden ihren Höhepunkt erreichen und nach mehr oder minder langem Bestehen — von wenigen Stunden bis mehreren Tagen — ebenso rapid wieder verschwinden. Die Schwellung pflegt auch die Schleimhäute der Zunge, Lippen, Pharynx, Uvula, Larynx, des Magens und Darms zu befallen, zuweilen treten wiederholte, kurzdauernde seröse Ergüsse in den Gelenken auf. (Joseph, Börner). Die oedematösen Hautpartien sind gewöhnlich blass, seltener geröthet, glänzend, und gehen unmerklich in die normale Haut über. Dieses, ziemlich oft recidivirende, mit leichtem Juck- und Spannungsgefühl, aber ohne Schmerzen verlaufende Leiden betrifft in der Regel jugendliche Individuen, häufiger Männer als Frauen.

Aetiologisch kommen in Betracht: Heredität, neuropathische Praedisposition, plötzliche Wetterveränderungen, locale Abkühlung der Haut (Napier), Erkältung, alkoholische Excesse (Joseph), Verstopfung (Elliot), Menstruation (Börner), Klimax, Nierenleiden (Simon), gesteigerte Darmfäulniss, körperliche und psychische Anstrengungen. Als Complication bezw. als Uebergangsform des Oedems tritt nicht selten eine Eruption von gewöhnlicher oder sog. Riesenurticaria hervor (Rapin). Seitens des Magendarmtractus werden zuweilen starkes Erbrechen, Koliken, Durchfall beobachtet, seitens der Respirationsorgane — Schwerathmigkeit und Erstickungsgefühl (Oedem der Lungen?), seitens der Nieren — eine charakteristische Aenderung der Harnabsonderung, indem der Harn concentrirt und leicht eiweisshaltig wird und seine Quantität abnimmt (Strübing).

[1]) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie beim Congresse deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien am 28. September 1894.

[2]) Ausführliche Literaturangaben über das sog. «acute umschriebene Hautödem» finden sich bei Küssner (Berl. klin. Woch. 1889. 16, Börner (Volkmanns Sammlung. klin. Vort. 1888. 312) und Joseph (Berl. klin. Woch. 1890 4—5)

Küssner beobachtete bei vollkommener Intactheit aller inneren Organe Blutung von mehreren Schleimhäuten: Zahnfleisch, Bronchien, Blase. Joseph sah in einem Falle von «acutem Hautoedem» paroxysmale Haemoglobinurie bei einem 5-jährigen, zu recidivirenden Oedemen prädisponirten Knaben. Lichtheim (cit. nach Joseph) erzählt von einer recidivirenden Haemoglobinurie mit gleichzeitig auftretender Urticaria bei einem 43-jährigen Manne, der bei jeder Erkältung neben den erwähnten Symptomen von kurz anhaltendem Schüttelfroste befallen wurde. Der Schüttelfrost pflegte durch Hitz- und Schweissstadien hindurch zum völligen Wohlbefinden zu führen.

Periodicität wird in mehreren Beobachtungen notirt, ja zuweilen tritt die Schwellung jeden Tag zur selben Stunde ein. In seltenen Fällen (Jamiesson, Falcone) trägt das Oedem den Charakter einer typischen Infectionskrankheit mit allgemeinen Prodromen, wie Kopfschmerzen, leichte Fieberbewegung, Müdigkeitsgefühl, Appetitlosigkeit, Benommenheit des Sensoriums.

Es tritt gelegentlich das Hautoedem in Begleitung mancher anderer Leiden auf, dürfte aber immer nur als eine zufällige Complication aufgefasst werden. Für die nervöse Natur[3]) dieses selbständigen Leidens sprechen folgende Thatsachen: 1) das Oedem betrifft in der Mehrzahl der Fälle Nervenkranke, resp. Patienten mit leicht erregbarem widerstandsunfähigem Nervensystem, 2) die Affection ist vielfach erblich, 3) sie schliesst sich gelegentlich intensiven psychischen Gemüthserregungen an, 4) sie ensteht nach Schädigungen, die erfahrungsgemäss das Centralnervensystem in erster Linie treffen (z. B. bei Alkoholismus), 5) sie kommt zusammen, bezw. gleichzeitig mit anderen nervösen Symptomen (Neuralgien, Paraesthesien, nervösen Verdauungsbeschwerden) und 6) bei Patienten die mit anderen vasomotorischen Neurosen behaftet sind (Morbus Basedowii, Urticaria) vor. Es scheinen ebenfalls genügend für die nervöse Natur des vasomotorischen Leidens zu sprechen, 7) die Halbseitigkeit mancher Schwellungen (an der Zunge, Gesicht), 8) das Auftreten zu Zeiten der Menses und des Klimacteriums, die das Erscheinen resp. die Verschlimmerung nervöser Symptome entschieden begünstigen und endlich 9) die Abhängigkeit der Besserung der Beschwerden von der Besserung der nervösen Erkrankung.

Das Gewöhnliche, das Alltägliche dieser Angioneurose ist mithin nur das acute Auftreten und Schwinden eines circumscripten Haut- oder Schleimhautoedems. Alle übrigen der oben erwähnten Symptome werden bedeutend seltener beobachtet und gehören dem typischen Krankheitsbilde nicht an.

Vier mal hatte ich die Gelegenheit diese Angioneurose in typischer Form zu beobachten.

Im ersten Fall betraf sie eine junge, etwa 35-jährige Hebamme, bei der nach einigen schlecht durchschlafenen Nächten eine circumscripte Schwellung an der Stirn in der Gegend der Glabella auftrat. Nur ein leichtes Prickel- und Spannungsgefühl, aber keine andere Erscheinung weder seitens der Haut und Schleimhäute noch des Allgemeinbefindens begleitete das nur wenige Stunden anhaltende umschriebene Oedem. Die Frau war äusserst anämisch, nervös und permanenten psychischen Traumen seitens ihres, stark in Baccho excedirenden Mannes ausgesetzt. Während der Menstruation soll, nach den Angaben der Patientin, zuweilen dieselbe Stelle an der Stirn stark anschwellen. Fortgesetzter Gebrauch eines arsenhaltigen Eisenwassers (Levico) brachte das recidivirende Oedem zum Schwinden.

Ein anderes Mal wurde ich zu einem jungen, etwa 25-jährigen Herrn gerufen, der plötzlich ohne nachweisbare Ursache Unwohlsein, Erstickungsgefühl und Athembeschwerden empfand. Bei der Untersuchung, die 3 Stunden nach dem Eintreten der überraschenden Symptome stattfand, konnte ich nur eine mässige, kaum schmerzhafte Schwellung und Röthung der linken Wangenschleimhaut, Uvula und hinteren Pharynxwand constatiren. Die Schwellung soll aber nach den Aeusserungen des Kranken und seiner Angehörigen bedeutend intensiver gewesen sein, so dass er glaubte, an Ort und Stelle ersticken zu müssen. Denselben Tag schwand das acute, vom Hausarzte als Pseudocroup diagnosticirte Schleimhautoedem spurlos. Herz, Lunge, Leber und Gefässe ergaben bei der minutiösesten Untersuchung keine krankhafte Veränderung. An der Haut waren nirgends Oedeme oder Ausschläge.

Das einzig Pathologische, das ich feststellen konnte, waren deutliche Spuren von Eiweiss, die ich im Harne des Mannes denselben Abend fand. Den folgenden Tag war keine Spur mehr von Albumen zu finden.

Soviel ich die Familie des Kranken kenne, leidet die Mutter an nervösem Herzklopfen, 3 Schwestern an Hysterie, ein Bruder an excessiver Masturbation. Patient selbst machte in der Jugend eine Chorea ohne Rheumatismus durch. Es unterliegt somit keinem Zweifel, dass auch diese, so foudroyant aufgetretene Schwellung zur Gruppe der circumscripten Oedeme angioneurotischer Natur gerechnet werden darf, wenngleich die Haut des hereditär stark prädisponirten Mannes nirgend afficirt war.

Einen dritten, in therapeutischer Hinsicht bemerkenswerthen Fall, habe ich seit längerer Zeit in meiner Beobachtung. Der über 50 Jahre alte Herr hatte viele Jahre hindurch an «acuten circumscripten Hautödemen» zu leiden, die keiner Therapie weichen wollten. Vor 8 Jahren soll jedoch das höchst unangenehme Leiden wie mit einem Schlage verschwunden sein, angeblich nach mehrtägigem Gebrauch einer Mischung von Campher und Calomel. Nach einer 8-jährigen Pause sind die Schwellungen vor einigen Wochen von Neuem aufgetreten, und zwar mit einer auffallenden Regelmässigkeit. Jeden Tag des Morgens — um 3 oder 4 Uhr — erwacht der Patient infolge eines unangenehmen prickelnden oder juckenden Gefühles, das sich an den verschiedensten Stellen der Haut und der Schleimhäute kundgiebt. Nichts Typisches lässt sich in der Localisation feststellen. Heute wird das Augenlid, morgen die Aussenfläche des Oberarms, übermorgen der Hodensack von der Schwellung afficirt. Ziemlich häufig empfindet der Kranke ein juckendes Gefühl im Rectum und hinter dem Brustbein «in der Speiseröhre», — ein Gefühl, das gleichzeitig mit den Hautschwellungen auftritt und schwindet. Schwellungen der Mundschleimhaut, des Rachens, ja des Kehlkopfes kommen gelegentlich vor, localisiren sich jedoch hier meistentheils einseitig, sonst «müsste er unzweifelhaft ersticken». Eines Morgens sah ich bei diesem Patienten am clavicularen Insertionspunkte des m. Sternocleidomastoideus eine Anschwellung, die die Ausdehnung einer kleinen Orange erreichte und sich weder durch abnorme Verfärbung der äusseren Haut noch durch Temperaturunterschiede von der Umgebung abhob. Zur selben Zeit war der Zeigefinger der rechten Hand sehr stark angeschwollen und etwa um 3—4° C. höher temperirt als der bedeutend schmächtigere linksseitige Indicator. Die circumscripten farblosen Schwellungen waren regelmässig von rosarothen Riesenurticarien begleitet. Gegen 10—11 Uhr Vormittags waren noch kaum Spuren der intensiven Haut- und Schleimhautaffection festzustellen. Der zur Consultation hinzugerufene Dermatolog (Dr. Eliasberg) fand die Menge des Indicans im Harne gesteigert und suchte deshalb die Angioneurose auf exscessive Darmfäulniss beim obstipirten Patienten zurückzuführen. Ein Darmdesinficiens in Form von Mentholpulver brachte in der That nach kurzer Zeit die ganze Affection zum Schwinden. Es ist ziemlich wahrscheinlich, dass die Campher-Calomel-Pulver vor 8 Jahren in derselben Weise den Magendarmtractus beeinflussten.

Ein vierter, an starker Migräne leidender Herr erzählte mir von einer ebenfalls an der Mund- und Rachenschleimhaut sich localisirenden Schwellung, die regelmässig etwa $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde nach Einnahme einer noch so geringen Dose von Antipyrin bei ihm aufzutreten und von höchst unangenehmem Erstickungsgefühle begleitet zu werden pflegt. Von dieser auffallenden Wirkung des Antipyrins habe er sich mehrmals überzeugt. Ich bekam nur Spuren der Oedeme zu sehen. Zur Wiederholung des Experimentes liess sich leider der Patient keineswegs bewegen.

Die Prognose ist in den Fällen von acuten circumscripten Oedemen, so weit das Leben berücksichtigt wird, eine gute, da der Tod nur in den seltenen Fällen eintritt, in denen plötzliche Anschwellungen der Stimmritze vorkommen. Im Allgemeinen ist in den Fällen, wo kein bestimmtes aetiologisches Moment nachgewiesen werden kann, die Vorhersage quoad sanationem completam ziemlich ungünstig. Es ist ein Fall bekannt, wo das Leiden ca. 70 Jahre gedauert hat.

Die Behandlung beschränkt sich auf vorsichtige Vermeidung einer bekannten Ursache der Anfälle (Erkältung, Excesse in Baccho, Obstipation) und die Anwendung von guter Ernährung, Tonicis und leichter Hy-

[3]) vgl. Banke. Berl. klin. Woch. 1892. 6.



drotherapie. Liegt ein Nierenleiden, eine chronische Magendarmaffection, eine Basedow'sche Krankheit vor, so ist das Grundleiden zu berücksichtigen. Hat man ein organisches, im Körper sich bildendes und schwer eliminirbares Virus in Verdacht, so ist ein Darmdesinficiens neben einem guten harntreibenden oder Abführmittel im Stande die schädigende Thätigkeit des Toxins auf die vasomotorischen Apparate zu neutralisiren resp. zu mildern.

Ohne auf das, an und für sich interessante anatomisch-physiologische Substrat der besprochenen Angioneurose näher einzugehen, wende ich mich nun einer anderen Gruppe von Hautschwellungen zu, die bedeutend seltener beobachtet werden, in praktischer Hinsicht dennoch ein viel grösseres diagnostisches Interesse beanspruchen dürften. Ich meine dasjenige, durch manche klinische Eigenthümlichkeiten ausgezeichnete, mehr chronische Oedem, das nicht als selbständiges Leiden, sondern immer nur als Symptom bestehender resp. einbrechender Hysterie auftritt. Oedeme gehören im Allgemeinen zu den seltensten Erscheinungen der Hysterie. Wir finden bei den älteren französischen Autoren (Georget, Landoury, Briquet), die das Bild der Hysterie ausgezeichnet gut kannten, kein Wort über das Oedema hystericum erwähnt.[4])

Die anzuführenden Beobachtungen sind von mir an der Nervenabtheilung des Dr. Gajkiewicz gemacht worden, dem ich für das Ueberlassen des Krankenmaterials und die mir bei dieser Arbeit zu Theil gewordene Unterstützung den wärmsten Dank aussage. Manche dieser Beobachtungen sind in der, den meisten Aerzten kaum zugänglichen polnischen «Medicinischen Zeitung» von Dr. W. Gajkiewicz und Coll. A. Wizel ausführlicher als es hier geschehen soll, publicirt worden. (S. Gazeta lekarska. 1891. I.,1893. VI.—VII, XLI.)

Beobachtung I. S. R. 18-jähriges Mädchen. Soll hereditär nicht belastet sein. Von Kindheit an schreckhaft, jähzornig und sensibel, physisch jedoch vollständig gesund. Menstruation seit drei Jahren, von vierwöchentlichem Typus, schmerzlos. Vor 2 Jahren wurde sie auf den Kopf geschlagen, verlor dann das Bewusstsein für eine kurze Zeit. Im Anschluss an das Trauma entwickelten sich Kopfschmerzen, die bis jetzt anhalten. Vor 3 Monaten schwoll plötzlich die ganze rechte Hand bedeutend an. Eine nähere Ursache weiss Patientin nicht anzugeben. Die Schwellung soll sich während der ganzen 3 Monate absolut nicht geändert haben. Weder Schmerzen noch Röthung begleiteten das acute Einbrechen des Oedems. Fieber und Schüttelfrost als Prodrome negirt Patientin, wenngleich sie von verschiedenen unangenehmen derartigen Sensationen ausdrücklich erzählt: «von plötzlichem Hitzegefühl und kühlem Wind am Rücken und den Kniegelenken.»

R. klagt über Kopfschmerzen und profuses Schwitzen, die periodisch auftreten. Seit 3 Wochen haben sich dumpfe Schmerzen in der rechten Körperhälfte eingestellt. Heiserkeit und unangenehmes Gefühl von Trockenheit im Halse ist weniger constant. Herzklopfen, Schluchzen, Globus, Meteorismus, Krampfanfälle stellt sie in Abrede.

Die letzte Zeit war Patientin in der Behandlung eines Chirurgen, der eine schwere Phlegmone am geschwollenen Arme diagnosticirte.

Status praesens (10. December 1892).

R. ist von ziemlich guter Constitution. Knochen- und Muskelsystem normal entwickelt. Puls=68, rhythmisch. Keine Temperatursteigerung. Innere Organe vollständig gesund. Urin in normaler Quantität. Eiweiss- und Zucker-frei. Schmerzhafte Schwellung der ganzen rechten Körperhälfte. Das Gesicht scheint garnicht oder nur äusserst wenig afficirt zu sein. Am stärksten ist der Unterarm vom Oedem befallen, am wenigsten der Unterschenkel.

Umfang der rechten Thoraxhälfte auf der Höhe der Mamillen — 45 Cm. der linken — 41 Oberarm r. — 28, l. — 25. Unterarm r. — 27, l. — 23. Hand r. — 22$^1/_2$, l. — 21 $^1/_2$, auf der Höhe des Schultergelenkes r. — 36$^1/_2$, l. — 35. Oberschenkel r. — 49, l. — 47. Unterschenkel r. — 31$^1/_2$, l. — 31.

[4]) Die Gruppe der vasomotorisch trophischen Erscheinungen bei Hysterie ist keineswegs mit dem Oedem erschöpft. Es seien nur erwähnt: Erytheme, Urticaria, Pemphigus, Herpes zoster gangraenosus etc.

Die Schwellung betrifft gleichmässig die Streck- und Beugeseite der Extremitäten, ist ziemlich hart und weiss. Nirgends röthliche oder blaue Verfärbung der Haut. Auch bei intensivem Druck entsteht keine Vertiefung, keine Delle wie es bei gewöhnlichen Oedemen der Fall zu sein pflegt.

Die Temperatur beträgt am r. Unterarm 33°, am linken 35° C.

Active Bewegungen sind an der kranken Hand ziemlich beschränkt und langsam. Patientin ist nicht im Stande, die Hand über die Horizontallinie zu erheben. Dynamometer zeigt r. — 25, l. — 48. Der Gang ist wegen Schwäche des r. Beines schleppend.

Erhöhte Sehnen-, schwache Hautreflexe.

Tast-, Schmerz- und Temperatursinn rechterseits stark herabgesetzt. Starke Ueberempfindlichkeit derselben Seite auf Druck. An der hinteren Pharynxwand ist dagegen die linke Seite anästhetisch.

Irritatio spinalis. Doppelseitige Ovarie. Points soumammillaires. Heiserkeit und zuweilen Aphonie. Lautes Reibegeräusch bei passiven Bewegungen des rechten Ellenbogengelenkes.

Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes an beiden Augen, stärker ausgesprochen rechts. Taubheit am rechten Ohre.

14. December Menstruation. Das Oedem hat sich in keiner Weise während derselben geändert. Ebenso wenig hat die Tageszeit einen Einfluss auf das Oedem.

Fast vollständige Anästhesie und Analgesie an der oedematösen Hand. Die elektrische Untersuchung erweist eine deutliche quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit. Keine Inversion der normalen galvanischen Zuckungsformel.

Diplopia monocularis et Megalopsia oculi dextri. Dyschromatopsia bilateralis: grün nennt sie blau, blau nennt sie schwarz. Ophthalmoskopisch lässt sich keine Abweichung von der Norm constatiren.

Beim Laryngoscopiren findet sich eine Insufficientia rimae glottidis e paresi mm. phonatorum. Beim Otoscopiren des rechten nicht hörenden Ohres ist keine organische Affection festzustellen.

21. December. Oedem unverändert: Trockenheit im Halse, Durst, Appetitlosigkeit. Singultus. Schmerz in den Schläfen. Der Gang wird immer mangelhafter: sie macht kleine Schritte, verliert fortwährend das Gleichgewicht, zittert am ganzen Körper. Retropulsion. Tremor der Hände, erinnernd an das kleinwellige Zittern der Potatoren.

24. December. Die Schmerzen bei Druck der oedematösen Stellen haben aufgehört. Das Zittern dauert fort. Es lässt sich keinem der klassischen Typen einreihen: es ist etwa ein Mittelding zwischen dem Zittern bei dem Basedow'schen Leiden und dem der multiplen Herdsclerose. Der Gang ist ziemlich langsam und wird jede 3—5" von einzelnen klonischen Zuckungen des Rumpfes unterbrochen. Letztere stehen in keinem Zusammenhange mit dem Zittern der Hände. Permanente klonische Zuckungen in den Compressores alae nasi.

25. December. Seit einigen Tagen Durchfall ohne Ursache Derselbe lässt sich durch Opium und Bismuth nicht beeinflussen. Hört nach 4 Tagen spontan auf.

Die Sensibilitätsstörungen an der rechten Seite haben bedeutend zugenommen. Dem entsprechend erweist sich die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes stärker, die Dyschromatopsie ausgesprochener. Die faradocutane Sensibilität ist an manchen Stellen ganz aufgehoben, an anderen ist die Leitung derselben um 4—8 Sec. verlangsamt.

Sphygmographisch lässt sich an der Art. radialis der oedematösen Seite ein niedriger Puls und Ausfallen des physiologischen Dicrotismus constatiren. An der gesunden Seite nichts derartiges.

Aus dem weiteren Krankheitsverlaufe seien noch folgende Daten erwähnt. Das Oedem blieb unverändert, weder von der Menstruation noch von der Tageszeit, noch endlich von den häufig ohne Ursache sich wiederholenden Diarrhöen beeinflussbar. Ein sehr schwerer, ziemlich quälender bellender Husten stellte sich kürzlich bei der Patientin ein; derselbe trat in Anfällen auf: 5 bis 65 einzelne sägende aufeinander folgende Hustenstösse während eines Anfalles.

Die Analgesie befiel dann später auch die linke untere Extremität. Trotz der permanent bestehenden rechtsseitigen sensitiv-sensoriellen Hemianaesthesie war am Pharynx die Herabsetzung der Sensibilität immer nur an der linken Seite vorhanden.

Die oedematöse Hand blieb um 1—1$^1/_2$° C. kühler als die gesunde, blutete leichter bei Nadelstich, röthete sich rapider und intensiver unter Einfluss von heissen Gegenständen. Urticaria nach Massage resp. nach Franklinisation der geschwellten Extremität. Eine subcutane Injection von Pilocarpin (0,006) rief nach etwa 5 Minuten Steigerung der Pulsfrequenz und profusen Schweiss hervor, speciell an der oedematösen Körperhälfte.

Die Be[illegible]ndlung des über 1 Jahr andauernden Oedems bestand in Anwendung von Tonicis, kalten Einpackungen, Nervinis, Galvanisation und Franklinisation.



Beobachtung II. S. E. kam ins Spital Mitte September 1892. Stammt aus einer Familie, in der arthritische und Nervenleiden mehrfach vorkamen. Ihre Mutter leidet an Sinnestäuschungen, die sich während der Menstruation einstellen, ihr Bruder — an Anfällen unbestimmter Natur. Patientin war immer vollständig gesund, machte weder fieberhafte noch Nervenkrankheiten durch. Das einzige Krankhafte, was die im Allgemeinen wenig intelligente Pat. hervorhebt, sind nächtliche, infolge intensiver psychischer Affecte entstehende Visionen.

Eine auffallende Gedächtnissanomalie weiss Patientin anzugeben: laufende Ereignisse vergisst sie ausserordentlich schnell. vergangene behält sie ziemlich gut. Die Störung des activen Gedächtnisses ist aber keineswegs absolut. Das Vergessen ist nur kurzdauernd, vorübergehend: das Vergessene taucht regelmässig nach kurzer Zeit wieder im Gedächtnisse auf. Jedes Ereigniss. mag es noch so intensiv die Aufmerksamkeit der Patientin in Anspruch genommen haben, wird von ihr nach wenigen Stunden ganz, oder theilweise vergessen. Am nächsten Tage ist die Erinnerung an das Geschehene total erloschen, resp. äusserst mangelhaft. Erst am dritten Tage werden die Erinnerungsbilder etwas klarer, um dann mit jedem Tage an Intensität und Klarheit zu gewinnen. Die Gedächtnissstörung verursacht zuweilen sehr komische, für die Patientin äusserst unangenehme Missverständnisse. Sie kann einer sie interessirenden Person begegnen, sich mit derselben über wichtige Dinge unterhalten und doch kurz darauf absolut nichts von der Begegnung wissen: sie entsinnt sich derselben erst nach einigen Tagen. Eines Abends war sie auf der Hochzeitsfeier ihrer besten Freundin, am nächsten Tage hatte sie jedoch keine Vorstellung weder von der stattgehabten Verheirathung noch von dem Hochzeitsmahle und den daselbst angenehm verbrachten Stunden. Erst nach einigen Tagen, als sie sich das Geschehene ins Gedächtniss präcis zurückrufen konnte, ging sie dem jungen Ehepaare gratuliren.

Nahm Patientin als Näherin irgend welche Bestellung bei ihrer Klientel an, so trat sie erst nach 2—3 Tagen an die Arbeit heran. Sie würde ihrer Aussage gemäss zunächst gar nicht wissen, wie und was zu nähen. Sie gewöhnte sich deswegen, jede frisch bestellte Arbeit für mehrere Tage aufzuschieben und nur ältere Bestellungen auszuführen. War die Bestellung so dringend, dass Patientin denselben Tag an sie zu gehen gezwungen war, so kamen äusserst unangenehme Qui pro Quo zu Stande: sie war über die Details der Bestellung nicht orientirt, nähte falsch und verdarb die Waare. Sie hatte deshalb mehrere Mal das unangenehme Ereigniss erlebt, die ihr in Auftrag gegebenen Materialien abkaufen zu müssen.

Was die oben erwähnten nächtlichen Visionen anbetrifft, so sind es nach der Schilderung der Kranken sehr grausame Hallucinationen. Sie kann vor dem Schlafengehen mit ziemlicher Genauigkeit voraussagen, ob Visionen sie befallen werden: «sie schliefe dann nicht so ein, wie es sein solle». Gewöhnlich liegt sie etwa eine Stunde zu Bette, bis sie der normale, ruhige Schlaf überfällt. Gelegentlich kommt es aber vor, dass sie plötzlich mitten in der abendlichen Arbeit stark schläfrig wird: sie geht dann schnell zu Bett, schläft sofort ein und zwar verfällt sie in einen äusserst tiefen Schlaf. In solchen Fällen wird sie bei Nacht von schwerem Alpdrücken gequält. Sie wird dann im Schlafe durch plötzliche Erschütterung des ganzen Körpers — als hätte man sie heftig gestossen — erweckt. die Augen öffnen sich unwillkürlich und schreckliche, entsetzliche Gestalten defiliren im Todtenmarsche vorbei.

Trotz der geöffneten Augen sieht sie keinen realen Gegenstand der Umgebung, sie merkt weder das Zimmer noch die Hausgeräthe, noch die im selben Zimmer schlafenden Personen. Sie liegt bewegungslos. wie gelähmt, kann nicht schreien und um Hilfe rufen. Der Inhalt der Hallucinationen ist nämlich stereotyp. Todtengespenster in schneeweissen Hemden spazieren vorbei. laufen wild hin und her, zanken, lachen, weinen, schreien, singen u. s. f. Von starkem Angstgefühl befallen, muss sie als absolut stummer Zeuge der schrecklichen Scene beiwohnen. Ist die Vision zu Ende, so fühlt sich die Kranke äusserst müde, ein Schüttelfrost durchdringt ihr ganzes Wesen und profuser kalter Schweiss übergiesst den Körper. Unter starkem Zittern und Zähneklappern schläft dann die erschrockene Patientin ziemlich rasch ein.

Das Spital suchte E. weder der Gedächtnissstörung, an die sie sich schon längst gewöhnt hat, noch der Hallucinationen wegen auf. Ein ganz anderes Ereigniss zwang sie dazu, nämlich, eine äusserst schmerzhafte Schwellung des Fusses, die eines Morgens plötzlich ohne Ursache und Vorboten entstand. Sie pflegte vor dem Schlafengehen die Füsse mit Schweisspulver zu bestreuen, merkte bei dieser Gelegenheit den dem Krankheitsausbruche vorausgegangenen Abend nichts Auffallendes am Beine. Des Morgens sah sie beim Erwachen mit Erstaunen, dass der linke Fuss stark geschwollen war. Die Concavität der Ferse war ganz verwaschen. Der Fuss war stark geröthet und heiss, aber wenig schmerzhaft. Sie legte die Strümpfe an und versuchte das Bett zu verlassen. Da fühlte sie plötzlich bei Berührung des Fussbodens einen äusserst heftigen Schmerz, so dass sie unwillkürlich aufschreien musste. Es war ein sonderbares Gefühl, als würde man den Fuss mit Messern schneiden und mit scharfen Nadeln durchbohren. Von diesem Momente an konnte E. den Fuss nicht mehr bewegen, sie musste ins Bett gelegt werden, wo trotz des ruhigen Verhaltens der Schmerz unaufhaltsam andauerte und mehrere schlaflose Nächte nach sich zog.

Fieber soll nicht vorhanden gewesen sein: sie merkte kein Hitzegefühl, keinen Schüttelfrost, keinen Durst. Auch waren ihr weder Kopfschmerzen noch ein Gefühl von allgemeinem Unwohlsein aufgefallen. E. blieb 5 Tage zu Hause. die sich steigernden Schmerzen veranlassten sie endlich das Krankenhaus aufzusuchen.

Auf den ersten Blick machte es den Eindruck eines chirurgischen Leidens, weshalb auch Patientin auf die chirurgische Abtheilung (Dr. Chwat) mit der Diagnose «Phlegmone pedis» gebracht wurde. Bei genauerer Krankenuntersuchung tauchte jedoch mancher Zweifel auf, bezüglich der Richtigkeit der vom Hausarzt gestellten Diagnose. Der damals aufgenommene Status soll folgender gewesen sein: Fieberloser Zustand. Starke Schwellung des linken Fusses, die nach oben hin bis zum Fussgelenke reichte. Vorwiegendes Befallensein der dorsalen Fläche. Intensive Röthung der Haut und leicht wahrnehmbare locale Temperatursteigerung. Ausserordentliche Empfindlichkeit der Haut, so dass minimale Betastung unerträglich wurde. Die geschwellte Haut war von weicher Consistenz, weder gespannt noch glänzend. Nirgends liess sich Fluctuation nachweisen. Da bei der Patientin im Verlaufe zweier Wochen. die sie auf der Abtheilung verbrachte, weder Fieber noch Fluctuation auftrat, so wurde den Chirurgen die anfänglich adoptirte Diagnose «Phlegmone profunda pedis» immer unwahrscheinlicher und mit der beschlossenen Operation gezögert. So verhielt sich die Sache als ich die Kranke zum ersten Male sah. Eine seltene Form von Angioneurose in Verdacht habend, rieth ich den Chirurgen, die Patientin auf die Nervenabtheilung transportiren zu lassen.

Beim Krankenexamen liess sich Folgendes feststellen: Gut entwickelte Person von mittlerem Wuchs, normalem Knochen- und Muskelsystem, reichlich entwickeltem Fettpolster. Innere Organe gesund, Appetit und Verdauung lassen nichts zu wünschen übrig. Fieberfreier Zustand. Keine nachweisbare Anomalie im Nervensystem. Harte Schwellung des linken Fusses, speciell des Dorsum pedis, die Articulatio talocruralis überschreitend. Umfang des linken Fusses beträgt 25 Ctm., des rechten — kaum 22 Ctm. Deutliche Röthung und locale Temperatursteigerung. Die Temperaturdifferenz beider Füsse beträgt 4°C. Fluctuation nirgends durchzufühlen. Druck auf die oedematöse Haut ruft keine Vertiefung, keine Delle hervor. Hyperästhesie der Haut, so dass jede Berührung, speciell der Dorsalfläche, auf heftiges Widerstreben seitens der leidenden Kranken stösst. Pied tombant. Der linke Unterschenkel schmächtiger als der rechte. Links beträgt der Umfang kaum 29 Ctm., rechts $30^1/_2$ Ctm., die Differenz beträgt mithin $1^1/_2$ Ctm.

Das war im Grossen und Ganzen Alles, was ich bei der ersten genauen Untersuchung constatiren konnte.

Die Therapie bestand in Anwendung von Eisumschlägen. Der Zustand besserte sich allmählich: der Schmerz, das Oedem und die Röthung nahmen langsam ab. Die Kranke fing an kurz darauf zu gehen, zwar in ziemlich sonderbarer Weise: indem sie das im Kniegelenke gebeugte kranke Bein auf einen Sessel stützte, bewegte sie sich in toto vorwärts, nach jedem vollbrachten Schritte den Sessel vor sich hinschiebend.

So ging es der Kranken etwa 3 Wochen, bis sie eines Tages ohne Ursache einen hysterischen Anfall durchmachte. (Ich will gelegentlich bemerken, dass zu jener Zeit im Krankensaale, wo unsere Patientin sich befand, eine formelle psychische Epidemie herrschte, so dass von 12 nervenkranken Frauen etwa 4—5 an Retropulsion, Schluchzen, Erbrechen, Wadenschmerzen, Coxalgien, hysterischen Anfällen litten. Der gleich zu schildernde Anfall unserer Kranken war eine Imitation der Anfälle einer mit Astasie-Abasie behafteten Mitpatientin und Nachbarin). Nach einer kurzdauernden Aura, während der sie sich unwohl fühlt und alle Gegenstände des Zimmers in Bewegung gerathen sieht, verliert E. das Bewusstsein, wird gewaltsam in die Höhe geschleudert knirscht mit den Zähnen, reisst sich die Haare vom Kopfe aus. das Gesicht nimmt einen grausamen Ausdruck an. Der Anfall dauert etwa 5 Minuten. Nach dem Anfalle liegt sie über $^1/_4$ Stunde bewusstlos, vollständig ruhig zu Bette. reagirt auf keine Reize und macht den Eindruck einer Hallucinirenden. Von dieser Zeit an werden die Anfälle häufiger, so dass sie sich zuweilen 2--3 Mal täglich wiederholen.

Bei der nach dem ersten Anfalle vorgenommenen Untersuchung liess sich manche erwähnenswerthe Aenderung im Nervensystem feststellen. Zerstreute anaesthetische Plâques. Herabgesetzte Empfindlichkeit für Schmerz- und Temperaturreize. Innere Fläche beider Beine. speciell des linken,



deutlich hyperästhetisch. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Herabgesetzte Seh- und Hörschärfe. Monoculare Diplopie.

Hellrosarothe Verfärbung des nur bei Bewegungen stark schmerzenden, schwach oedematösen linken Fusses. Faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln am linken Unterschenkel stark herabgesetzt. Keine Spur von Entartungsreaction.

E bot somit dann zum ersten Male eine Menge hysterischer Stigmata, die wahrscheinlich gleichzeitig mit dem Anfalle in Scene traten. Da der hysterische Boden des Leidens jetzt unzweifelhaft zu sein schien, so wurde zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken die hypnotische Suggestion versucht. Die Hypnose gelang ziemlich leicht. Während derselben war die sonst äusserst schmerzhafte Empfindung bei passiven Bewegungen im Fussgelenke kaum zu merken. Die Bewegungen selbst waren ausgiebig und frei. Ebenfalls war die sonst hyperästhetische innere Fläche des Unterschenkels wenig empfindlich, so dass nun in der Hypnose eine genaue elektrodiagnostische Untersuchung der in ihrer Erregbarkeit stark herabgesetzten Muskeln des linken atrophischen Unterschenkels ermöglicht war. Das Resultat der Hypnose war auch in therapeutischer Hinsicht befriedigend: die Schmerzen waren nach dem Erwachen ziemlich gering. Nach einer Woche konnte eine langsame Flexion in den Fussgelenken, activ und passiv, schmerzlos ertragen werden. E. fing an, bald darauf ohne Hilfe des Sessels zu gehen: der Gang war langsam, schleppend, wenig gewandt. Der Zustand besserte sich mit jedem Tage. Die Schwellung blieb jedoch, wenngleich in bedeutend geringerem Maasse, bis zum Verlassen des Spitals bestehen, die Röthung und Hitze wechselten sehr häufig, so dass sie zuweilen ganz fehlten, um dann am nächsten Tage aufs Neue zu erscheinen. Die Anfälle sind zwar seltener geworden, blieben aber in ihrer Intensität und Charakter unverändert bestehen. Die hysterischen Stigmata blieben die beständigsten Zeugen des vorhandenen Leidens.

E. blieb im Krankenhause über 2 Monate. Am 18. Oct. verliess sie das Krankenhaus nur mit Spuren des früheren Oedems. Leider, hatte sie sich nur eine kurze Zeit der Früchte der Therapie zu erfreuen! Nach einer Woche sah sie sich wiederum gezwungen, das Spital aufzusuchen. Der Fuss war stark geschwollen, geröthet, heiss. Die Schmerzen waren weniger intensiv. Einige Tage verweilte sie bei uns. Der Zustand besserte sich unter dem Einflusse von Ruhe und Suggestion ausserordentlich rasch.

(Schluss folgt).

Blutaustritte in die Netzhaut bei der Biermerschen perniciösen Anämie in Folge von Bandwürmern.

Von

Dr. A. Tschemolossow.

Marinearzt in Kronstadt.

(Vorläufige Mittheilung).

In letzter Zeit hatte ich im Kronstädter Marinehospital Gelegenheit, vier Krankheitsfälle zu beobachten, die in Anbetracht der hochgradigen Haut- und Schleimhautblässe (bei zeitweilig hohem Fieber), der bedeutenden allgemeinen Schwäche und der Abnahme der rothen Blutkörperchen bis auf $^1/_6$—$^1/_7$ der Norm bei gleichzeitiger Gestaltveränderung derselben (Poikilo-, Makro- und Mikrocytose, kernhaltige rothe Blutkörperchen) zu jener Kategorie von Krankheiten gerechnet werden müssen, die unter dem Namen der perniciösen, progressiven Anämie bekannt sind. In allen vier Fällen bildete der Botriocephalus latus das ätiologische Moment; nach seiner Abtreibung erholten die Kranken sich schnell. In der recht umfangreichen Literatur bezüglich der durch Eingeweidewürmer bedingten Blutarmuth, soweit mir dieselbe zugänglich war, vermisste ich fast gänzlich Angaben über die Untersuchung des Augenhintergrundes; und doch repräsentirt der Befund von Blutextravasaten in die Netzhaut bei der schweren Form der durch Eingeweidewürmer hervorgerufenen Anämie ein nicht unwesentliches Plus für die Identificirung derselben mit der essentiellen Biermerschen Anämie. Ich ophthalmoskopirte meine Kranken während des Höhestadiums der Krankheit im Bett und fand bei Allen ohne Ausnahme Blutaustritte in die Netzhaut, bei einem derselben ausserdem noch Oedem der Netzhaut und dadurch bedingte Verstreichung der Papillargrenze. Mit der Genesung der Kranken schwanden die Extravasate schnell (in 5—10 Tagen) und spurlos. Ihre Grösse variirte von kaum merklichen Pünktchen bis zu Flecken vom Umfange der Papille. Grössere Blutaustritte habe ich nicht gesehen. Ich beobachtete sie in der Umgebung der Papille, der Macula lutea und in der Gegend zwischen beiden. In den inneren Schichten der Netzhaut verbreiteten sie sich streifenförmig zwischen den Nervenfasern, in den äusseren dagegen waren sie rundlich oder unregelmässig gestaltet und nicht scharf begrenzt. Die rubinrothe Färbung der frischen Extravasate ging später in eine braunrothe über. Bei einem der Kranken beobachtete ich ampullenförmige, bei einem anderen aneurysmatische Gefässerweiterung, die bei oberflächlicher Untersuchung Blutaustritte vortäuschen konnten. Die Kranken klagten nicht über Sehstörungen; die Blutaustritte waren eben nicht in die Macula lutea erfolgt, denn dann wäre wohl völlige Blindheit eingetreten. Nur einer von ihnen gab an, dass er alles rothgefärbt, und auf weisser Papierfläche einen dunklen Fleck sehe (positives Skotom). Dass solche Netzhautextravasate der Beobachtung des Arztes leicht entgehen, findet meiner Meinung nach seine Erklärung in der Abwesenheit subjectiver Sehstörungen und in der schnellen Resorption des Extravasates; um letzteres beobachten zu können, muss der Kranke im Bett ophthalmoskopirt werden.

Bei dem Vergleich mit den Blutaustritten in die Netzhaut aus anderen Ursachen (Herzfehler, Blutverluste, Syphilis, Pyämie Septikämie, Diabetus mellitus und insipidus, Oxalurie, Brightsche Krankheit und Gehirntumoren) finden wir, abgesehen von dem Unterschiede in der Aetiologie und dem klinischen Bilde, auch einen Unterschied in dem Charakter der Extravasate selbst.

Auf Grund unsrer Beobachtungen gelangen wir zu folgenden Schlüssen:

1) Die Blutaustritte in die Netzhaut bei perniciöser Anämie in Folge von Eingeweidewürmern erfolgen per diapedesin.

2) Bei rechtzeitigem Ophthalmoskopiren eines solchen Kranken werden wohl stets Blutaustritte in die Netzhaut nachzuweisen sein.

3) Die Extravasate pflegen nicht grösser als die Papille zu sein, und beschränken sich auf die Umgebung der Papille, des gelben Flecks und den Raum zwischen beiden.

4) Die Blutaustritte sind am zahlreichsten während der Akme der Krankheit.

5) Die Abwesenheit frischer und die schnelle Resorption älterer Extravasate ist von günstiger prognostischer Bedeutung.

6) Mitunter kommen ampullenförmige Gefässerweiterungen und Aneurysmen der Gefässwandungen vor, die Blutaustritte vortäuschen können.

7) Sehstörungen rufen die Blutaustritte nicht hervor, solange sie nicht in die Macula lutea selbst stattgefunden haben.

8) Die oben beschriebenen Extravasate sind nur für die perniciöse Anämie im Allgemeinen, welches auch die Ursachen derselben sein mögen, specifisch, nicht aber für irgend eine besondere Art von Helminthen.

Eine ausführliche Mittheilung meiner Beobachtungen nebst Abbildungen der Blutaustritte in die Netzhaut wird in kurzer Zeit in den Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику erscheinen.

Referate.

M. Bardet: Ueber den Nährwerth des Graham Brods. («La France Médicale». Nr. 23. 8. Juni. 1894).

Es ist bekannt, dass Graham den Gebrauch von Brod, welches alle die Bestandtheile der Kornfrucht enthält anempfohlen hat, hauptsächlich weil es reicher an Stickstoffsubstanzen und Fett als das weisse Brod sei.

Verf. war es gelungen betreffendes halbgrob geschrotetes Mehl, welches alle Bestandtheile der Kornfrucht, als die Kleie, die Fettbestandtheile und den Keim enthält, zu erhalten.

Um das gewünschte Brod zu erhalten wurde das Mehl mittelst einer Maschine bei Zufügung von höchstens 1/10 Sauerteig geknetet, während beim gewöhnlichen Brod die Proportion des Sauerteigs = 1/4 beträgt. Die Durchknetung muss energisch und längere Zeit betrieben werden. Der Teig wird dann in Ruhe gelassen, dann einem lange dauernden Backen unterworfen. Man muss 1½ Stunden für das Backen eines Grahambrod's von 2 Kilogramm rechnen, statt 45 Minuten für ein Brod aus gewöhnlichem Mehl von dem gleichen Gewicht. Das so erlangte Brod ist gut aufgegangen, hat einen sehr starken Weizengeruch, erhält sich mehrere Tage frisch ohne zu trocknen und schmeckt sogar angenehmer wenn es alt geworden ist.

Das gewöhnliche Mehl enthält 24—25 p. 100 stickstoffhaltige Substanzen; das Graham-Mehl 40 p. 100.

Das wirkliche Grahambrod, das aus richtig präparirtem Graham-Mehl bereitete Brod ist demnach viel nahrhafter als das Luxusbrod, wobei es ebenso leicht, ja leichter assimilirbar ist, da es weniger gegohren ist; es ist erfrischender wegen des höheren Gehalts an Kleie und Fettsubstanzen; darum kann dieses Brod der Therapie bezüglich der vegetabilischen Diät gute Dienste leisten.

Der hohe Gehalt des Graham-Brods an Stickstoff kann noch bei anderer Gelegenheit Nutzen bringen für 1) Menschen die bei angestrengter körperlicher Arbeit wenig Fleisch geniessen 2) Menschen, die an Constipation leiden. Das Grahambrod hat wegen seines Gehalts an Kleie eine etwas laxirende Wirkung und hält den Leib offen. Grimm.

F. Löffler: Die locale Behandlung der Rachendiphtherie. (Deutsche medicin. Wochenschr. 1894, Nr. 42).

Vier Gründe veranlassen Löffler trotz der Erfolge der Behring'schen Serumtherapie seine locale Behandlung fortzusetzen:

1) Weil es sich ergeben hat, dass «der im Anfange stets locale Process, falls der Sitz der primären Affection eine locale Behandlung gestattet, durch meine Behandlungsmethode sicher coupirt werden kann».
2) «Zudem werden die die diphtherieähnlichen Rachenerkrankungen bedingenden und auch die den diphtheritischen Process selbst so häufig complicirenden pathogenen und saprophytischen Bakterien ebenfalls durch diese Behandlung beeinflusst, so dass jeder verdächtige Fall von Rachenerkrankung (gleichviel ob Diphtheritis oder nicht) mit gleich günstigem Erfolge durch mein Mittel behandelt werden kann, während die rein specifische Serumtherapie auf die andern die Diphtherie complicirenden Organismen nicht einwirkt».
3) «Für die Prophylaxe der Diphtherie muss es wichtig sein, dass eine grosse Menge virulenter Bacillen an ihrer Ansiedelungsstätte abgetödtet werden, ehe sie nach aussen gelangen».
4) «Das Mittel ist billig und überall leicht zu beschaffen».

Löffler hat schon 1891 in dieser Wochenschrift Nr. 10. seine Grundsätze über die locale Behandlung der Diphth. festgesetzt. Seitdem hat er unausgesetzt weitere Versuche im Laboratorium gemacht, die dann von Aerzten an kranken Menschen geprüft wurden, um die beste Mischung von Substanzen zu finden, die «die angesiedelten in den oberflächlichen Schichten der Pseudomembranen zu dichten Haufen entwickelten Bacillen abzutödten», und zwar muss das geschehen in möglichst kurzdauernder (10 Secunden) Application. Das Resultat dieser Versuche ist, dass das wirksamste und am wenigsten schmerzhafte Medicament aus folgender Mischung besteht:

Rp. Menthol 10 grm. solve in
Toluol. ad. 36 ccm.
Alcohol. absol. 60 ccm.
Liquor ferri sesquichlorat. 4 ccm.
M. D. S. ad lagenam flavam.

Statt Liq. ferri sesquichlor. 4 ccm. setzt L. (wenn der Fall nicht zu den schwersten gehört oder wenn schon Fäulnissgeruch im Munde ist) Creolin 2 ccm. oder m-Cresol 2 ccm. hinzu.

Die Application: um die Spitze einer rechtwinklig gebogenen langen Pincette oder Kornzange wickelt man einen rundlichen Wulst von Watte, träufelt in diesen das Medicament bis er durchtränkt ist und drückt nun denselben kräftig während 10 Secunden gegen die Membranen an. Unter Benutzung immer neuer, frisch imprägnirter Wattebäusche setzt man alle afficirten Schleimhautstellen unter die Wirkung des Medicaments.

Von der allergrössten Wichtigkeit ist es, dass in den ersten Tagen die locale Application energisch und häufig genug geschieht, am besten 3-stündlich, so lange bis die Temperatur normal und das Allgemeinbefinden ein gutes geworden ist; dann genügt die Application 3 mal in 24 Stunden. Man stelle sich während der Application seitlich, weil die Kranken leicht dabei husten.

Das Normalwerden der Temperatur und des Allgemeinbefindens ist meist in 24—48 Stunden da. Auch die Membranen verändern ihr Aussehen, aber rein wird die Schleimhaut erst viel später. Bis dahin darf die locale Behandlung nicht aufhören.

An seiner eigenen Tochter fand L. bei täglicher bakteriologischer Untersuchung noch fast 3 Wochen lang nach Schwund jeglicher Beläge in den tiefen Krypten der Tonsille lebende Diphtheriebacillen. Er scheint ein Mal täglich sein Mittel noch angewandt zu haben.

Vom Frühjahr 1893 bis Frühjahr 1894 war in Greifswald eine Diphtherieepidemie mit einer Mortalität der polizeilich gemeldeten Fälle von 18,2 pCt. Diese bot Gelegenheit zur Prüfung des Mittels. Von 71 Privatpatienten, die fast alle innerhalb der ersten zwei Tage in Behandlung kamen, starb keiner. Die meisten hat Prof. Strübing behandelt. Von 30 in der Klinik Behandelten, die meist erst nach dem zweiten Krankheitstage in Behandlung kamen, starben 5. Vier derselben waren überhaupt nicht mehr für die locale Behandlung geeignet, da schon der Kehlkopf und die Nase von Diphtherie ergriffen waren, als sie eintraten. Der 5. Fall war geheilt, die localen Erscheinungen waren geschwunden, es bestand völliges Wohlbefinden, als sich plötzlich eine gangränöse Pneumonie entwickelte, die zum Exitus führte.

Von den unter diphtheritischen Erscheinungen Erkrankten und mit dem Mittel Behandelten hatten 25 pCt. keine Diphtheriebacillen. Das Verhältniss der echten Diphtherien und der diphtherieähnlichen Erscheinungen ist auch von anderen Untersuchern als wie 3:1 gefunden worden (Im ärztlichen Publicum wird meistens auf das umgekehrte Verhältniss taxirt. D. Ref.).

Referent findet in dieser bemerkenswerthen Arbeit Löffler's eine Bestätigung seiner eigenen Erfahrung, dass für die Privatpraxis, wo die Fälle frühzeitig in Behandlung kommen, die locale Therapie für die Rachendiphtheritis genügend ist. Es muss nur ein genügend starkes baktericides Medicament in nicht zu langen Pausen angewandt werden, um — wie Löffler sagt — den Verlauf sicher zu coupiren. Auch darin stimmt Ref. Löffler bei, dass diese energische Localtherapie meist nur 2 mal 24 Stunden zu geschehen hat. Obgleich die afficirten Schleimhautpartien dann noch lange nicht rein sind, so haben doch die Bacillen offenbar ihre Giftproductionsfähigkeit verloren, und daher genügt dann ein viel milderes Verfahren.

Im Verlaufe der letzten 3 Jahre hat Referent einen Todesfall an Diphtheritis in der Privatpraxis erlebt in einer Familie, die nicht zu seiner Klientel gehört. Nachdem der 9-jährige Pat. mindestens 2 mal 24 Stunden unbehandelt krank gewesen war, wurde Ref. consultirt. Alle Theile des weichen Gaumens oedematös, die Mandeln belegt bis in die Tiefe hinab, Lymphdrüsen am Halse stark geschwellt. Innerhalb 6 Tagen waren alle locale Erscheinungen geschwunden, die Rachenschleimhaut ganz rein, aber nach weiteren 5 Tagen starb er an Lähmungen.

Nach den bisherigen Erfahrungen lässt sich annehmen, dass ein solcher Kranker durch Heilserum geheilt worden wäre.

Masing.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. C. L. Schleich: Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Berlin, Verlag von Springer. 1894.

Dieses in fesselnder Weise geschriebene Buch beansprucht das Interesse jedes Arztes, der in die Lage kommt in der Narkose operiren zu müssen. Zunächst giebt Verf. eine kritische Uebersicht des augenblicklichen Standes der Narkotisirungsfrage, wobei er die Gefahren, welche den bis jetzt bekannten Methoden der allgemeinen Narkose anhaften ins richtige Licht stellt. Die zur Beurtheilung des Werthes der üblichen Narkotisirungsmittel so häufig herangezogene Statistik wird als nicht beweiskräftig angesehen. Verf. weist zahlenmässig nach, dass nach den veröffentlichten Statistiken das Chloroform in England 3 mal so gefährlich ist als in Deutschland, trotzdem bekanntlich England das eigentliche Land der exacten Narkose mit seinen gelehrten und angestellten Chloroformatoren ist. Dieser Widerspruch erklärt sich dadurch, dass in Deutschland vorkommende Unglücksfälle viel seltener veröffentlicht werden. Verf. rechnet heraus, dass in Berlin auf 54,000 Chloroformnarkosen jährlich, 20 Todesfälle vorkommen müssen, während nur 3—4 jährlich zu unserer Kenntniss kommen. Die Nachwirkungen der Chloroformnarkose, die sich über Tage und Jahre erstrecken können, sind bis jetzt ganz mit Stillschweigen übergangen worden. Schon Volkmann sprach sich dahin



aus, dass eine ganze Reihe von Todesfällen sich infolge protrahirter Nachwirkung des Chloroforms ereignen. Auch die häufigen Albuminurien nach der Chloroformnarkose (in 95 pCt. der Fälle nach Luther) geben zu denken. Nachdem S. die Giftigkeit auch der anderen üblichen Narkosemittel hervorgehoben, kommt er in den nächstfolgenden Capiteln darauf zu sprechen, wovon die Giftwirkung der einzelnen Mittel abhängig ist. Die Giftigkeit der Narcotica hängt nicht sowohl von ihrem chemischen als vielmehr von ihrem physikalischen Verhalten ab, speciell vom Siedepunkt derselben. Je näher der Siedepunkt eines Narcoticums der Körpertemperatur kommt, desto brauchbarer ist das Narcoticum. Je höher der Siedepunkt eines narcotischen Inhalationsmittels liegt, desto tiefer und langdauernder gestaltet sich die Narkose. Versuche mit Gemischen verschiedener Inhalationsmittel mit verschieden hohem Siedepunkt bestätigten die Anschauungen des Verfassers. Beim Chloroform (Siedepunkt 65°) kommt es leichter zu Ueberdosirungen, da der Respirationstract allein dasselbe schwerer evacuiren kann als z. B. den Aether. welcher infolge seines niedrigen Siedepunktes (34,5°) durch die Lunge entweicht. Zur Ausscheidung des Chloroforms werden alle parenchymatösen Drüsen in Anspruch genommen, darum das Erbrechen, der Nachschlaf, die Nephritis und die verhältnissmässig geringe Läsion der Lunge. Bei der Aethernarkose werden dagegen vorwiegend die Lungen angegriffen. Auf Grund seiner Versuche empfiehlt Verf. zur Narkose ein Gemisch von Aether petrol., Aethylen chlorat., Aethyliden chlorat. und Chloroform ana. Dieses Gemisch wird zu siedendem Aether solange hinzugegossen bis der Siedepunkt auf die jeweilige Körpertemperatur des zu narcotisirenden Pat. gebracht ist. — Weiter bespricht Verf. die Psychophysik des Schlafes, der schlafähnlichen Zustände und speciell der Narkose. Dieser geistreich geschriebene Abschnitt wird wohl von Jedermann mit Interesse gelesen werden, praktische Schlüsse aus den sehr hypothetischen Anschauungen des Verf. wird man aber keineswegs ziehen können. Kurz sei hier nur erwähnt, dass Verf. die Neuroglia als Hemmungsorgan bei der Narkose eine grosse Rolle spielen lässt. — Im letzten Abschnitt bespricht S. des Genaueren seine locale Infiltrationsanästhesie mit subcutaner Injection schwacher Cocainlösungen. Am häufigsten kam zur Verwendung nach vielfachen Versuchen, deren Wiedergabe hier nicht möglich ist, folgende Lösung: Rp. Cocaini muriat. 0,1, Morph. muriat. 0,025, Natr. chlorat. 0,2, Aq. destillat. ad 100,0 adde acid. carbolic. 5 pCt. gtt. II. Mit dem Aetherspray wird eine kleine locale Stelle der Haut, welche für die Einleitung der Anästhesie am günstigsten liegt anästhetisch gemacht, darauf die Nadel bis zur Verdeckung des Schlitzes, nicht weiter, direct parallel zur Haut intracutan eingestochen. Durch Injection wird eine 5 Pfennigstück grosse anästhetische Quaddel gebildet. Zum zweiten Mal wird in der Nähe der Peripherie dieser Quaddel aber noch innerhalb des anästhetischen Gebietes eingestochen und eine neue Quaddel gebildet, und so fort in der Ausdehnung, als es für den Schnitt erforderlich ist. In analoger Weise findet die Anästhesirung in den nächst tiefer gelegenen Schichten durch Quaddelbildung statt, und überhaupt im ganzen Operationsgebiete. Details können hier nicht gegeben werden. Auf diese Weise hat Verf. zahlreiche Operationen darunter Laparotomien und Knochenresectionen schmerzlos ausgeführt. Das ganze Verfahren wird für die einzelnen Operationen eingehend geschildert. Der Hauptvorwurf der demselben gemacht werden muss, ist die grosse Umständlichkeit. S. glaubt, dass mit seiner Methode 90 pCt. aller Fälle der Narkose entrissen werden können. Es ist nicht zu leugnen, dass die Methode Schleich's neue Wege der Narkose weist, deren Betreten in der Zukunft durch weitere Vervollkomnung der Methode noch günstigere Resultate wird erzielen lassen. Schleich hat sich mit seinem Buche ein unzweifelhaftes Verdienst um die Narkosenfrage erworben, wir empfehlen daher seine Arbeit jedem Arzt zur Lectüre und zum Studium.

W. Beckmann.

Paul Julius Möbius: Diagnostik der Nervenkrankheiten. Zweite veränderte und vermehrte Auflage. Mit 104 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1894. 434 pag. Preis 8 Mark.

Die neue Auflage ist eine Umarbeitung und Erweiterung der vor 8 Jahren erschienenen vorzüglichen «Allgemeinen Diagnostik der Nervenkrankheiten» dieses Autors. Abgesehen von den durch den Fortschritt der Neurologie während dieses Zeitraumes bedingten Veränderungen und Neuerungen ist zu den beiden allgemeinen Abschnitten (1) Methoden der Untersuchung und allgemeine Symptomatologie, 2) Localisationslehre), welche den Haupttheil des Werkes bilden, ein neuer, die specielle Diagnostik, getreten, jedoch nur im Rahmen einer Skizze, da das Buch in erster Linie für den Studirenden berechnet ist. Die vom Verf. in seinem 1893 herausgegebenen «Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten» aufgestellte neue Eintheilung in endo- und exogene Krankheiten bewährt sich hier zu diagnostischen Zwecken durchaus. Es lässt sich daher ein baldiges Verstummen des Widerspruchs gegen diese und andere Neuerungen des Autors (Tabes dorsalis und Dementia paralytica = Metasyphilis) voraussehen.

Wir wünschen dem gut ausgestatteten Werke die weiteste Verbreitung.

Michelson.

O. Vierordt: Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. 4. Aufl. Leipzig, Verlag von Vogel. 1894.

In kurzer Zeit hat das bekannte Buch Vierordt's schon die 4. Auflage erlebt. Dieselbe ist in jeder Beziehung der neuesten Forschung gerecht geworden. Ueberall machen sich Aenderungen und Zusätze bemerkbar, das Kapitel über die Untersuchung des Blutes ist vollständig umgearbeitet worden. Gute Abbildungen und eine vorzügliche Ausstattung bringen den Inhalt des Buches in eine würdige Form. Wir wünschen der neuen Auflage der Diagnostik Vierordt's den gleichen Erfolg, wie ihn die früheren Auflagen erlebt haben.

B.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 7. Februar 1894.

1) Dr. Schmitz: Vorstellung zweier Patienten mit Pseudoleukämie in verschiedenen Formen: Den ersten Fall, einen Fall von Lymphoma malignum (Pseudoleukämia lymphatica), stellt ein 4 j. Mädchen aus dem Findelhause dar, dessen Krankheit vor einem Jahr mit Drüsenschwellung links am Halse begonnen hatte. Es wurde am 26. Januar d. J. ins Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg aufgenommen. Die Haut ist auffallend blass, trocken, schelfernd; Fettpolster äusserst redicirt, Muskulatur schlaff. An der linken Seite des Halses ein Kindskopfgrosser Tumor, der gleich unter dem Ohre beginnt und nach unten bis zum Schlüsselbein sich erstreckt, über dieses etwas hinüberhängend; nach vorn reicht die Geschwulst bis zur Medianlinie, nach hinten bis zum Rande des Musc. cucullaris. Kehlkopf und Trachea sind etwas nach rechts verdrängt. Auf der fast fettlosen dünnen Haut, welche die Geschwulst überzieht und sich überall leicht von ihr abheben lässt, zeigen sich nur wenige etwas erweiterte Venen; dagegen treten am vorderen Rande des Tumors die stark erweiterten Stämme der Vena jugularis anterior und der V. mediana colli deutlich hervor. Der Tumor ist vollkommen hökkerig, besteht aus zahlreichen haselnuss- bis pflaumengrossen glatten, leicht von einander sich abgrenzenden Knollen von mässig fester Consistenz, vollkommen schmerzlos beim Druck. Es sind betroffen die Gl. cervicales superficiales und profundae, sowie die supraclaviculares. Der M. sternocleido-mastoideus geht über den Tumor hinweg. Dagegen sind die Gl. faciales, die subclaviculares, occipitales und submaxillares ganz frei oder nur spurenhaft geschwollen; desgleichen zeigt die ganze rechte Halsseite garkeine Drüsenschwellung. Dafür findet sich aber wieder in der linken Achselhöhle ein c. pflaumengrosses Packet, das aus erbsen- bis kleinhaselnussgrossen Drüsen besteht; auch unter dem etwas vorgewölbten M. pectoralis ziehen sich offenbar intumescirte Drüsen bis zur Clavicula hin. In der rechten Achselhöhle finden sich nur einige ganz leicht geschwollene Drüschen, die nicht zu Packeten zusammengetreten sind. Die Cubitaldrüsen sind beiderseits frei, Inguinal- und Iliacaldrüsen vielleicht etwas vergrössert. — Die Lungen sind frei (ein etwas kürzerer Ton LOV erklärt sich durch die unterliegenden Drüsen). Die Herzgrenzen: 1 Cm. nach rechts vom rechten Sternalrande, 1 Cm. nach links von der linken Mamilla; Töne rein, keine anämischen Geräusche. Leber reicht in der Medianlinie 7 Cm. nach unten vom Processus xyphoides, in der Mamillarlinie 4 Cm. unter den Rippenbogen (Palpationsergebnisse in der Narkose). Milz deutlich palpabel, überragt den Rippenbogen um 4 Querfinger, reicht nach vorn bis zur Mitte zwischen vorderer Axillarlinie und Mamillarlinie. Die Dimensionen der Milz sind 14 und 7½ Cm. Leib etwas dick, doch lassen sich in der Narkose keine Drüsentumoren heraustasten. Urin eiweissfrei, normal. Keine Hyperplasie der Tonsillen. Die Zählung der Blutkörperchen ist noch nicht vorgenommen, doch zeigt das mikroskopische Bild keine wesentliche Abnormität in dem Verhältnisse der weissen zu den rothen, letztere sind nur recht blass.

Einen Fall von Pseudoleukämia lienalis bietet ein 16½ Jahre alter Sohn eines Oberhausknechtes dar, welcher mit den Eltern und Geschwistern in einem zwar ziemlich kleinen, doch nicht schlechten Zimmer im Kellergeschosse lebt. Im Laufe des Winters 1892/93 soll er an häufigen Nasenbluten gelitten haben, im Sommer 1893 hat sich dann eine auffallende und immer zunehmende Blässe gezeigt, zugleich hat der Knabe über grosse Schwäche geklagt und hat der Leib angefangen an Umfang zuzunehmen. In der letzten Zeit ist das Nasenbluten seltener geworden, dafür hat sich aber zuweilen Blutauswurf



aus dem Munde ohne jeglichen Husten und ohne Erbrechen eingestellt. Am 14. Januar d. J. wurde der Knabe ins Kinderhospital aufgenommen. Seine Entwickelung ist bedeutend hinter seinem Alter zurückgeblieben, seine Körperlänge von 145 Cm. entspricht einem Knaben von 13 Jahren, sein Körpergewicht von 30420 Grm. dem eines von 11 Jahren. Von beginnender Pubertät ist sonst nichts zu merken, als nur ein merkbares Brechen der Stimme. Die Haut ist blass, trocken, deutlich icterisch, auch leicht bläulich; im Gesicht sieht man hier und da kleine Gefässerweiterungen. Die Scleren icterisch. Schleimhäute blass, etwas bräunlich. Bei Untersuchung des Halses findet man in der Mittellinie oberhalb des Zungenbeines eine ganze Reihe erbsen- bis kleinhaselnussgrosser disseminirter Drüsen; desgleichen sind beiderseits die Sumaxillar- und Cervicaldrüsen deutlich vergrössert, von Erbsen- bis Taubeneigrösse, — doch nirgends zu Packeten zusammengeflossen; sie stehen überall einzeln da; sind mit der Haut nirgends verbacken, unempfindlich gegen Druck. Beide Achselhöhlen sind frei, Cubital- und Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Die Milz erreicht colossale Dimensionen, hat eine Länge von c. 47 Cm., eine Breite von 19 in der vorderen Axillarlinie, von 18½ in der Linea mamillaris, von 14 in der L. sternalis, von 4 in der L. mamillaris dextra. Sie fühlt sich teigig an, ist nicht schmerzhaft. Die Leber scheint nicht vergrössert, aber etwas nach oben verschoben. Kein Ascites. Urin enthält Gallenfarbstoff, ist sonst normal. Die Zählung der rothen Blutkörperchen ergiebt 4½ Millionen, die weissen sind nicht vermehrt. Haemoglobingehalt (Fleischl) 45%. Vor Kurzem hat sich blutig gefärbter Urin eingestellt, der einen starken Bodensatz von Uraten aufweist. Da die mikroskopische Untersuchung keine Blutkörperchen ergiebt, so handelt es sich um Haemoglobinurie.

Dr. Schmitz schliesst an die beiden vorgestellten Fälle e nen Bericht über die früher von ihm beobachteten an. Er hat bei einer Durchmusterung seines Hospitalmateriales für die Jahre 1878 bis Februar 1894 12 Fälle sicherer lymphatischer Pseudoleukämie und 2 Fälle der lienalen Form gefunden. Diese 14 Fälle betrafen 11 Knaben und nur 3 Mädchen. Es stimmt das mit dem auch anderwärts angegebenen Ueberwiegen des männlichen Geschlechts. Das Alter der an der lymphatischen Form Erkrankten bewegt sich zwischen 3 und 7 Jahren, — die lienale Form betraf Knaben von 13 und 16½ Jahren. Notirt zu werden verdient, dass 4 der betreffenden Kinder (lymphatische Form) aus den Findelhausbezirken stammten und zwar die schlimmsten Fälle, — 3 von ihnen sind gestorben, der vierte ist der heute vorgestellte. Die Localisation bei den lymphatischen Fällen war 10 mal am Halse, allein oder ganz vorwiegend, davon 9 mal einseitig (5 rechts, 4 links) und nur 1 mal beiderseitig. Die zwei restirenden Fälle betrafen die Achsel, dabei waren stets aber auch die Supraclaviculardrüsen betheiligt, wenn auch in relativ geringerem Maasse. Doch ist dabei zu erwähnen, dass in einem Falle das 4 Jahre nach Extirpation der Halsdrüsen wiederum zur Operation gekommene Recidiv dieses Mal die Achseldrüsen betraf. — Die Milz war in 10 von den 12 Fällen unzweifelhaft vergrössert, oft recht bedeutend; im 11. Falle, dem ebengenannten Recidivfalle, war sie beim erstmaligen Eintritt ins Hospital (1889) zweifelhaft, beim zweiten Eintritt (1893) ganz sicher vergrössert. Von den beiden lienalen Formen hatte der eine Knabe nirgends Drüsenschwellung, der zweite die eben erwähnten. In beiden Fällen hatte die Milz ganz colossale Dimensionen.

Den Ausgang der Erkrankung betreffend theilt Ref. mit, dass von den 12 an der lymphatischen Pseudoleukämie leidenden 5 sicher gestorben sind, davon einer ein halbes Jahr nach dem Austritte aus dem Hospital zu Hause. Von den anderen 4 starben 2 im Hospital direct an ihrer Krankheit; über sie liegen genaue Sectionsprotokolle vor. — die restirenden 2 starben in der contagiösen Abtheilung an Diphtheritis resp. Morbilli. Den 5 sicher gestorbenen stehen 6 aus dem Hospitale ausgetretene gegenüber, sowie der eine, eben vorgestellte, also noch in Beobachtung befindliche Fall. Ueber diese 6 ausgetretenen Patienten kann Ref. leider wenig berichten, da er nur von einem einzigen genau weiss, dass er noch am Leben ist. Dieser trat im Jahre 1889 als damals 4-jähriger Knabe mit colossalem Halstumor und fraglicher Milzschwellung ein. Er wurde der Operation unterworfen, genas, trat aber 1893 wiederum ein mit hochgradigem Recidiv in der gleichseitigen Achselhöhle und jetzt unzweifelhafter Milzschwellung. Eine erneute Operation brachte ihm scheinbar Genesung; doch gestern hat Ref. ihn gesehen und schon wieder eine ganze Reihe von Drüsen, sowie recht bedeutenden Milztumor constatiren müssen.

Die Behandlung bestand 2 Mal in einer Arsenikcur, innerlich und in Form von parenchymatösen Injectionen. Der eine dieser Patienten trat nach 3-monatlichem Aufenthalte im Hospitale bedeutend gebessert aus mit Zunahme des Körpergewichtes; sein weiteres Schicksal ist jedoch unbekannt. Der zweite Fall erkrankte nach 1½ Monaten an Diphtheritis und starb, wie schon mitgetheilt. Sechs mal hat Ref. operativ eingegriffen, ausserdem 7 mal Recidivoperationen ausgeführt. Von diesen 6 Patienten erkrankte der eine 5 Tage nach der sehr schwierigen Operation, bei der es zur Unterbindung der V. jugularis communis und der V. subclavia kam, bei bis dahin untadelhaftem Wundverlauf und Fieberlosigkeit an Morbilli und starb bald darauf, wie gleichfalls schon mitgetheilt. Die übrigen 5 Operirten traten scheinbar genesen aus, doch meldeten 2 sich später mit Recidiven und wurden neuerdings operirt und gingen wiederum scheinbar genesen fort. Alle beide bekamen jedoch ein zweites Recidiv. Ueber den einen derselben ist bereits berichtet worden, der Ausgang des anderen ist unbekannt.

Auf Grundlage dieser Erfahrungen kann Ref. ein operatives Eingreifen nicht gerade empfehlen, doch bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen auch nicht davon abrathen. Er hat jedenfalls in zwei sicher constatirten Fällen den nach sonstigen Erfahrungen kürzeren Krankheitsverlauf verlängern können, und liesse es sich wohl denken, dass bei frühzeitigem Eingriff und nachträglicher Versetzung der Operirten in möglichst günstige Verhältnisse doch noch eine Ausheilung ermöglicht werden könnte.

2) Dr. Kernig theilt über die auf den beiden letzten Sitzungen von ihm besprochene Patientin mit Mediastinaltumor (diese Wochenschrift 1894, № 2 und 43) mit, dass dieselbe am 10. Januar gestorben ist. Die Section hat die Diagnose vollkommen bestätigt. Das ganze vordere Mediastinum wies sich von kolossalen Tumorenmassen eingenommen. Der zum rechten Oberlappen führende Bronchus durch Druck brandig zerfallen, desgleichen der Oberlappen der rechten Lunge selbst von Tumormassen durchsetzt. Ein Knoten liess sich in der Nähe des Herzens an der Aorta nachweisen. Der Nachweis des Ursprunges der Geschwulst von der Thymusdrüse, wie es oft der Fall sein soll, war hier nicht möglich. Sonst fanden sich keine Metastasen in anderen Organen. Die Achseldrüsen, die bei Lebzeiten geschwellt erschienen, erwiesen sich bei der Section gesund. Die Milz nicht nennenswerth vergrössert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die bereits klinisch supponirte Diagnose Lymphosarcom (Demonstration des Präparates).

3) Dr. Wiedemann verliest eine längere Abhandlung über die Excochleation, das von ihm in Vorschlag gebrachte und schon im Jahre 1886 auf einer Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte mitgetheilte Verfahren zur Einleitung und Behandlung des künstlichen Abortes. Nach Anfzählung der für den künstlichen Abort allgemein angenommenen Indicationen, zu denen Ref. seinerseits die Lungentuberculose hinzugezählt sehen möchte, da dieselbe sich oft in Anschluss an das Wochenbett rapid entwickelt, andererseits das Kind einer tuberculösen Mutter meist schwer hereditär belastet ist. ferner den Diabetes mellitus, der in einem vom Ref. beobachteten Falle mit hochgradigem Pruritus vulvae verlief, welcher der Patientin weder Tag noch Nacht Ruhe gönnte und keiner Behandlung wich, bespricht derselbe die bisher üblichen Methoden der Aborteinleitung. Dieselben haben nach Ansicht des Ref. alle den Nachtheil, dass sie meist viel Zeit in Anspruch nehmen, bei der Laminariabehandlung z. B. oft 6 Tage. Durch die lange Dauer und das viele Manipuliren ist die Infectionsgefahr gross und wird den Pat. unnütz viel Schmerz bereitet, — auch sind bei dieser Art der Behandlung die Blutungen häufig abundant.

Die Methode von Dr. Wiedemann wird folgendermassen ausgeführt: Patientin wird in Steiss-Rückenlage gebracht, die Vagina zunächst gründlich desinficirt; darauf wird der Uterus nach Einführung des Simon'schen Speculums mittelst amerikanischer Kugelzangen nach Möglichkeit herabgezogen. Daran schliesst sich die Dilatation des Cervicalkanales mittelst Dilatatoren so weit, bis der nach W.'s Angabe construirte Spüllöffel den Cervicalkanal passiren kann. Jetzt folgt die Auslöffelung des Uterusinhaltes, welche ca. 10 Minuten in Anspruch nimmt. Zu beachten ist bei dieser Operation, dass dieselbe nicht zu früh als beendet angesehen werden darf, sondern dass der Uterus mit dem Löffel so lange und gründlich ausgekratzt werden muss, bis auch die letzten Placentar- und Deciduareste entfernt sind, was sich bei einiger Uebung mit dem Löffel, falls jedoch der Cervicalkanal für den Finger passirbar, mit letzterem controlliren lässt. Während der Excochleation wird der Uterus von Zeit zu Zeit und zum Schlusse der Operation mit desinficirenden Lösungen (Sublimat oder Carbol) ausgespült. Die Blutung bei dieser Methode ist immer eine unbedeutende. Darauf erfolgt eine nur leichte Tamponade der Uterushöhlung mit Jodoformmarly.

Zur Beurtheilung seiner Methode liegen dem Ref. im Ganzen 21 Fälle vor, von denen er selbst 10 operirt hat, während die übrigen Fälle von den DDr. Werther, Lieven, Renteln, Stoll und Sokolowski in der Wassili-Ostroffschen Privatklinik operirt worden. Ferner stehen ihm 14 Fälle zur Disposition, wo, laut Eingeständniss der Patientinnen. ein von Hebammen eingeleiteter crimineller Abort vorlag, der aus urgenten Gründen beendet werden musste. Schliesslich können noch 24 Fälle zur Beurtheilung dieser Methode hinzugezogen werden, wo der im vollen Gange befindliche Abort, um die Leiden der Frauen abzukürzen oder zur Beherrschung der Blutung,

vom Ref. nach seiner Methode behandelt wurde. Von diesen insgesammt 59 Operirten hat nur eine im Wochenbett gefiebert und eine leichte Parametritis durchgemacht, also in weniger als 2 pCt. der Fälle. Ref. hat die Excochleation früher unter Chloroformnarkose ausgeführt, seit 1½ Jahren gebraucht er jedoch nur das Cocain. 5 Centigramm Cocain unter die Schleimhaut der Cervix injicirt genügt meist, um die Operation schmerzlos ausführen zu können.

Director: Dr. C. von Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Militär-Medicinalinspector des Warschauer Militärbezirks, Geheimrath Dr. Paul Lasarenko und dem Corpsarzt des 17. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Adam Sarshezki. Wladimir-Orden III. Classe — dem ausserord. Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Bystrow. St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Oberarzt des Chevalier-Garderegiments I. Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna, Collegienrath Dr. Nikolai Bleisch. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem ord. Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Leo Popow und dem Corpsarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Peter Achmatski.

Befördert für Auszeichnung im Dienst: zu wirklichen Staatsräthen: die ordentlichen Professoren der mil.-med. Academie, Lebedew (Gynäkolog) und Borodin (Botaniker); der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Moskauer Militärbezirks, Dr. Reich; der ältere Arzt der Klinik für Geisteskrankheiten am klinischen Militärhospital, Dr. Erlizki.

— Dem Regierungscommissar der kaukasischen Mineralbäder, Ehrenleibmedicus Geheimrath Dr. J. Bertenson, ist Allerhöchst gestattet worden, den ihm vom Emir von Buchara verliehenen Orden des bucharischen goldenen Sternes I. Classe anzunehmen und zu tragen.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der frühere Oberarzt des Nikolai-Tschesmenschen Invalidenhauses hierselbst, Staatsrath Otto Dannenberg, in hohem Alter. Der Hingeschiedene war in Estland am 30. October 1807 geboren und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1826—31 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde D. Militärarzt und nahm als solcher an der polnischen Campagne theil. Nachdem er sodann viele Jahre als Ordinator an vielen Militärhospitälern (in Plozk, Warschau und Grodno) fungirt, wurde er im Jahre 1851 Oberarzt des I. Reserve-Ulanenregiments und 1855 Arzt des hiesigen Militär-Invalidenhauses. Im Jahre 1881 wurde er nach 50-jährigem Dienste verabschiedet und lebte als freipraktioirender Arzt in St. Petersburg. 2) In Lublin der Arzt des dortigen jüdischen Stadthospitals Benjamin Tetz im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kowno und hatte seine medicinischen Studien in Dorpat gemacht, wo er von 1850—56 studirte und den Arztgrad erlangte. Anfangs war er Arzt in Schaulen und dann in Suwalki, bis er im Jahre 1868 nach Lublin übersiedelte, wo er bald alleiniger Arzt am jüdischen Stadthospital wurde. Der Heimgegangene genoss als Arzt wie als Mensch allgemeine Achtung in Ljublin. 3) Im Kirchdorf Kudymkor (Gouv. Perm) der Landschaftsarzt M. S. Ssawostizki im Alter von 33 Jahren. Er hat sich 4 Tage nach seiner Hochzeit mit Morphium vergiftet. Da der Verstorbene in seinem Wirkungskreise sehr beliebt war, so hatte sich eine grosse Menschenmenge zu seiner Beerdigung eingefunden und es wurde eine Collecte zur Errichtung eines Denkmals auf seinem Grabe veranstaltet. (Wr.). 4) In Bern der ehemalige Strassburger Professor der Pharmacie, Dr. Friedr. Flückiger, im 66. Lebensjahre. Der Verstorbene, ein geborener Schweizer, war vor seiner Berufung nach Strassburg (1873) anfangs Apotheker bei Bern, dann Docent und Professor an der Universität Bern. 1892 trat er, durch körperliche Leiden gezwungen, in den Ruhestand. Er gehört zu den hervorragendsten Forschern auf dem Gebiet der Pharmacie und Pharmakognosie. Von seinen zahlreichen Werken sind am bekanntesten seine «Pharmaceutische Chemie» und seine «Pharmakognosie des Pflanzenreichs». 5) In Breslau der emeritirte Docent der Bakteriologie an der dortigen Universität, Prof. Dr. Joseph Schröter im Alter von 59 Jahren an den Folgen von Malariafieber, das er sich auf einer Reise nach Kleinasien geholt hatte. Der Verstorbene galt als einer der hervorragendsten Kenner auf dem Gebiete der Pilzkunde.

— Uns ist ein vom gewesenen Tomsk'schen Professor S. J. Zaleski (bekanntlich früher in Dorpat) verfasster sehr lesenswerther Nekrolog des unvergesslichen genialen Carl Schmidt zugegangen. Der Nekrolog ist mit warmer Verehrung, ja Begeisterung geschrieben — ein schönes Beispiel für das Verhältniss, wie es zwischen Lehrer und Schüler herrschen soll. Ein sehr gut gelungenes Bild des grossen Naturforschers schmückt den Nekrolog, dem auch ein 119 Nummern umfassendes Verzeichniss der Arbeiten des Entschlafenen beigegeben ist.

— Am 4. December d. J. beging die Gesellschaft der Pleskauer Aerzte das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Präsident derselben ist seit einer Reihe von Jahren der örtliche Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Cornelius Rauch.

— Am 5. December vollendeten sich 35 Jahre, seit Dr. Sigismund Margulies als Oberarzt des hebräischen Krankenhauses in Odessa wirkt. Seine ärztliche Thätigkeit begann M. bereits vor 41 Jahren.

— Am 10. December beging der bekannte Kliniker Geh. Medicinalrath Dr. Theodor Thierfelder, Director der medicinischen Klinik an der Universität Rostock, seinen 70. Geburtstag, bei welcher Gelegenheit ihm seine früheren Assistenten eine Festschrift überreichten und die Studentenschaft ihn mit einem Fackelzuge ehrte. Zahlreiche Glückwünsche waren aus allen Theilen Mecklenburg's eingelaufen.

— Am 20. December d. J. feiert der Consultant für Nervenkrankheiten bei den hiesigen Anstalten der Kaiserin Maria und am Nikolai-Militärhospital, Ehren-Leibmedicus Dr. Michael Scherschewski, das 25-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Thätigkeit. Die Frau und die Tochter des Jubilars haben, um ein bleibendes Andenken an diesen Tag zu stiften, der Gesellschaft zur Unterstützung hülfsbedürftiger Studenten der militär-medicinischen Academie 2500 Rbl. zu einem Stipendium auf den Namen Dr. Scherschewski's überreicht. Die Zinsen von diesen 2500 Rbl. sollen so lange zum Kapital geschlagen werden, bis dasselbe auf 5000 Rbl. angewachsen ist, worauf die Zinsen zu einem Stipendium für einen Studenten der mil.-med. Academie ohne Unterschied der Confession und Nationalität von dem Comité verwandt werden sollen. Sollte die obengenannte Gesellschaft aus irgend welchen Gründen ihre Thätigkeit einstellen, so ist das Kapital der Kasanschen oder Tomsk'schen Universität zu demselben Zweck zu übergeben. So lange das Stipendien-Kapital noch nicht auf 5000 R. angewachsen ist, wird die Familie Scherschewski jedes Jahr 180 R. zum Stipendium hergeben. (Wr.).

— In einer der letzten Sitzungen der städtischen Sanitätscommission wurde die Frage über die Pensionirung der Dumaärzte erörtert. Die Dumaärzte erhalten für ihre keineswegs leichte Arbeit eine jährliche Gage von 600 Rbl. und eine Zahlung von 30 Kop. für jede Krankenvisite. Die Pension der Aerzte richtet sich nach dem Fixum von 600 Rbl. Da aber die Einnahmen, die durch die Krankenvisiten erzielt werden, ebenfalls ca. 600 Rbl. im Jahre betragen, so hat die Sanitätscommission es für richtig erachtet, die Pension der Dumaärzte nach einer Gage von 1200 R. zu bemessen. (Her.)

— Am 12. December beging die Universität Jurjew (Dorpat) ihren 92. Stiftungstag mit einem Festact in der Aula. Dem Actus ging wie wir der «N. Dörpt. Ztg.» entnehmen, ein Festgottesdienst in der Universitätskirche voraus, der, wie auch in den beiden letzten Jahren, ausserhalb des officiellen Programmes abgehalten wurde. Die Festrede hielt in russischer Sprache ein Vertreter der medicinischen Facultät, der Professor der Psychiatrie Dr. Wladimir Tschish über den Unterschied zwischen lebender und todter Materie.

Die Zahl der auf dem Actus zur Vertheilung gelangten Medaillen für Lösung der Preisaufgaben betrug 10, darunter 6 goldene und 4 silberne. In der medicinischen Facultät wurden drei goldene Medaillen zuerkannt, und zwar dem stud. med. Sergei Bormann aus St. Petersburg für die Bearbeitung der Preisaufgabe: «Die Organo-Therapie, eine klinische und experimentelle Untersuchung; ferner dem stud. med. Hirsch Idelsohn aus Livland für die Bearbeitung des Themas: «Der gegenwärtige Stand der Lehre der Aphasie» und dem stud. med. Hans Lohk aus Livland für die Lösung der Preisaufgabe «Es ist die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel nach ihren aetiologischen Zusammenhängen zu erforschen». Für die von der med. Facultät gestellten beiden pharmaceutischen Preisaufgaben waren keine Arbeiten eingegangen.

— Aus Reval wird in einem örtlichen Blatte (Reval. Ztg.) über zwei Fälle erfolgreicher Diphtheriebehandlung mit dem Behring'schen Heilserum berichtet. Der erste Fall betraf ein Kind im Alter von noch nicht 2 Jahren, welches in bedenklichem Grade mit allen Symptomen der Diphtherie (es wurden die Löffler'schen Bacillen und Eiweiss nachgewiesen) erkrankt war. Am 2. Tage der Erkrankung wurde die erste Doppeleinspritzung des Heilserums (Nr. I) vorgenommen, worauf alsbald eine sichtliche Besserung des bereits so gut wie aufgegebenen Kindes eintrat. Am nächsten Tage wurde die zweite Injection gemacht. Es wurden darnach die brandigen Häute im Halse abgestossen, das Fieber verschwand und es konnte am 4. Tage bereits der



Zustand als gefahrlos angesehen werden. Von besonderen Nachwirkungen ist nur hervorzuheben. dass am 11. Tage. also auffallend spät, ein auch anderwärts beobachteter scharlachartiger Ausschlag auftrat, der aber nach 30 Stunden geschwunden war. Der zweite Fall betraf ein 16-jähriges junges Mädchen. Hier gelangte das Diphtherie-Heilserum erst am 4. Tage der ebenfalls sehr schweren Erkrankung zur Anwendung. Auch hier genügten 2 Doppeleinspritzungen, zuerst der Serumflüssigkeit Nr. 2, dann der Flüssigkeit Nr. 1, um ein günstiges Resultat zu erzielen.

Somit dürfte Reval eine der ersten Städte Russlands gewesen sein, in der das Heilserum zur Anwendung gekommen ist und zwar, mit überraschend günstigem Erfolge.

Das Behring'sche Heilserum, welches zur Anwendung kam, hatten sich 4 Revaler Aerzte zusammen aus Höchst nach Reval kommen lassen. Zur Zeit ist weder in Berlin, noch in Höchst, noch auch in Paris das Diphtherieheilserum zu bekommen, da die Vorräthe vollständig verbraucht sind.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Bogoduchow (Gouv. Charkow). Gehalt 1000 R. jährl. Adresse: «Богодуховская Земская Управа».

2) Vom Landschaftsamt in Lipezk (Gouv. Tambow) wird ein Arzt für die Zeit der im Kreise herrschenden Diphtherie- und Scharlach-Epidemie gesucht. Geh. 125 R. monatlich. Hin- und Rückreise wird bezahlt. Die Meldung geschieht bei der «Липецкая Земская Управа».

3) Für die Staniza Tiflis im Kubangebiet wird ein freiprakticirender Arzt gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der Verwalter der Apotheke in «Станица Тифлисская, Кубанской области».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. December 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
286	257	543	123	42	92	11	2	15	39	50	46	41	48	25	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 7. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 15, Diphtherie 16, Croup 6, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 56, Todtgeborene 39.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 3. Januar 1895.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December.

Довв. ценз. Спб. 17 Декабря 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, 24. December (5. Januar 1895) 1894

Ueber das Eczema chirurgorum.

Casuistische Mittheilungen.

Von

Dr. Hermann Stillmark.

Die neue Aera, die in der Mitte unseres Jahrhunderts durch die Einführung der Antiseptik in die Chirurgie und die chirurgischen Disciplinen der Geburtshilfe, Gynäkologie, Ophthalmologie angebrochen ist, ist in ihren Segnungen, die sie für die leidende Menschheit herbeigeführt hat, so allgemein — von Aerzten und Laien — gepriesen worden, dass es eine Trivialität wäre, dieselben noch einer weiteren Besprechung zu unterziehen. Durch die Anwendung der Antisepsis sind lebensrettende Operationen an den verschiedensten Organen mit sicherer Aussicht auf Erfolg ermöglicht worden, die von der vorantiseptischen Welt einfach als Acte der Tollkühnheit gebrandmarkt worden wären.

Die antiseptischen Methoden der Wundbehandlung haben sich so schnell bei allen Aerzten, ja auch im grossen Publicum eingebürgert, dass sie fast ein Gemeingut Aller geworden sind. Nicht allein der Chirurg und Geburtshelfer, sondern auch jeder Arzt kommt — trotz der modernen Aseptik — täglich in die Lage, mit Carbol oder Sublimat oder Jodoform oder mit irgend einem andern der unzähligen antiseptischen Mittel arbeiten zu müssen. Leider ist nun, wie bekannt, nicht für alle Aerzte dieses tägliche Umgehen mit den genannten Mitteln ohne nachtheilige Folgen geblieben: bei einer gewissen Anzahl von Medicinern traten früher oder später Eczeme an den Händen und auch an anderen Körperstellen auf, die wohl mit Sicherheit auf die Einwirkung antiseptischer Mittel zurückgeführt werden können. Es sei mir gestattet, diese bei Aerzten auftretenden Eczeme, bei denen chemische Irritation als aetiologisches Moment sich nachweisen lässt, in Folgendem kurz zu besprechen und zwar auf Grund

eines Materials von 6 Fällen, das mir von einigen Collegen freundlichst zur Disposition gestellt worden ist.

Auf die Literatur möchte ich hier nicht weiter eingehen, da es nicht in meiner Absicht liegt, die artificiellen Eczeme überhaupt zu besprechen, und da es mir als Arzt auf dem Lande, der ich grössere Bibliotheken etc. nicht benutzen kann, nicht möglich ist, dieselbe auch mit nur annähernder Vollständigkeit zu behandeln. Ferner sind z. B. die Carboleczeme so allgemein bekannt und so häufig beobachtet worden, dass die in Bezug auf dieselben in der Literatur enthaltenen Angaben hier füglich weggelassen werden können. Nur was die Jodoformdermatitis anbetrifft, werde ich es mir erlauben, eine Ausnahme zu machen. Dieselbe ist verhältnissmässig seltener beobachtet worden, so dass in Kürze einige hauptsächlich casuistische Angaben, die ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur gefunden habe, hier Platz finden mögen.

Im J. 1887 konnte Taylor (New-York) auf der American Dermatological Association in Baltimore erst über 24 Fälle von Jodoformexanthemen sprechen, unter denen 9 eigene sich befanden (Monatshefte für praktische Dermatologie 1887 № 19.)

C. G. R. Jennings berichtet 1888 über ein Jodoformexanthem, das durch den innerlichen Gebrauch von Jodoform entstanden war (ibid. 1888 № 21.)

In den Therapeut Monatsheften 1889 (№ 2) beschreibt Israel in Gnesen einen Fall von Jodoformdermatitis.

An letzteren Fall anknüpfend veröffentlicht Hillebrecht im Prakt. Arzte (№ 31891) einen ihm in seiner Praxis vorgekommenen Fall von Idiosynkrasie gegen Jodoform.

Auf dem Internat. med. Congresse zu Berlin 1890 unterzieht T. Colcott Fox in London in einem «Exanthemata medicinalia externa» betitelten Vortrage auch die Jodoformdermatitis einer genaueren Besprechung (Mon. f. prakt. Dermatol. Bd. XI. № 6)[1]).

Während die oben genannten Autoren über in ihrer Praxis vorgekommene Fälle referirten, muss uns die in den Therapeutischen Monatsheften 1893, Heft 10, von Dr. Matschke in Wahlstatt verfasste Arbeit: «Ein Beitrag zur Jodoformdermatitis» deswegen ganz besonders interessiren, weil Autor seine eigene Krankheitsgeschichte in derselben wiedergiebt. Weil nun dieser Fall in engstem Zusammenhange mit den von mir mitzutheilenden Fällen von den bei Aerzten vorkommenden artificiellen Exanthemen steht, so sei es mir gestattet, denselben etwas ausführlicher zu referiren.

Matschke hat im Verlaufe von 6 Jahren zwölf grössere und kleinere Jodoformdermatitiden durchgemacht. Die beiden ersten Male waren Wunden im Gesichte des Verfassers mit geringen Dosen Jodoform behandelt worden. Schon nach einigen Stunden traten unter heftigem Jucken und oedematöser Schwellung der betr. Gesichtshälfte grössere und kleinere Bläschen (bis zu Erbsengrösse) auf. Aber auch die unverletzten Hände, die während der Manipulationen am Gesichte mit Jodoform in Berührung gekommen waren, waren mit unzähligen tief unter der Epidermis liegenden Bläschen bedeckt. Beide Male trat ein Nässen ein, doch war der Process in ca. 5 Tagen ausgeheilt. In einem dritten Falle hatte Matschke bei der Tamponade eines Abortes Jodoformgaze benutzen müssen. Es trat nach dieser flüchtigen Berührung mit Jodoform ein heftiges nässendes Eczem auf, das nicht allein die Hände, sondern auch das Gesicht ergriff. Die Erkrankung trotzte lange jeder Therapie: Puderungen mit Zinkstreupulver, Salbenverbände mit Wismuthsalbe, Zinksalicylpaste wurden vergeblich angewandt. Erst die von Dr. Buzzi dem kranken Collegen empfohlenen 15 pCt. wässrigen Thiolumschläge führten in auffallend kurzer Zeit Heilung herbei. Ein viertes Mal hatte Matschke einen Verband entfernen müssen, den ein College angelegt hatte und bei dem Jodoformgaze benutzt worden war. Das dadurch entstandene Eczem dauerte ca. 2 Monate und schien wiederum von einer 15 pCt. Thiollösung günstig beeinflusst zu werden. — Aus diesen Beobachtungen schliesst Matschke, dass eine Idiosynkrasie gegen Jodoform bei einzelnen Menschen existirt und dass es zum Zustandekommen einer Jodoformdermatitis einer Continuitätstrennung der Haut durchaus nicht bedarf.

Ein eigenes heftiges und hartnäckiges artificielles Eczem, an dem ich fast ununterbrochen seit $1^1/_2$ Jahren gelitten habe, veranlasste mich, dieser Frage näher zu treten. Ich wandte mich zu dem Zwecke an mehrere Collegen, von denen es mir bekannt war, dass sie gleichfalls an dem «Eczema chirurgorum» laborirten, mit der Bitte, mir ihre Erfahrungen mitzutheilen. Es sind die Herren Dr. M. Treymann — Riga, Dr. H. Westphalen — St. Petersb., Docent Dr. F. Krüger — Dorpat. Dr. A. Kussmanoff — Kappel, Dr. A. Collins in Haggers. Ich kann nicht umhin, genannten Collegen für ihr freundliches Entgegenkommen in der Beantwortung der von mir gestellten Fragen auch an dieser Stelle meinen besten Dank zu sagen!

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten hebe ich folgende Daten hervor:

I. Dr. M. Treymann-Riga hat 3 Jahre lang an einem sehr oft recidivirenden Carboleczem gelitten, nachdem er 15 Jahre lang Carbolsäure und andere Antiseptica ohne jeglichen Nachtheil gebraucht hatte. Zuletzt rief auch Sublimat die Recidive hervor. Seit 3 Jahren ist er geheilt, jedoch darf er Carbolsäure gar nicht, Sublimat nur mit grosser Vorsicht gebrauchen. Es trat bei ihm ein sehr stark juckendes Eczema papulosum, bei stärkerem Reiz ein E. vesiculosum auf, welches mitunter schon 3—4 Stunden nach Berieselung der Hände mit 2—3 pCt. Carbollösung sich zeigte (während früher oft auch 5 pCt. Lösung ohne Schaden gebraucht worden war). — Der erste Anfall dauerte 4 Wochen, die Dauer der Recidive war 4—6 Wochen. Letztere traten im Laufe von 3 Jahren so häufig auf, dass die Hände nach jedem Recidiv nur 2—3 Wochen etwa gesund waren. Etwa 2—4 Stunden nach dem Gebrauch von Carbolsäure, 6-8 Stunden nach dem von Sublimat, traten gewöhnlich die ersten Irritationserscheinungen auf. Das Eczem beschränkte sich zuerst auf die Hände, später ging es auch bis zum Ellenbogen hinauf. Was die Therapie anbetrifft, so schlugen alle gewöhnlich empfohlenen Mittel fehl. Nur die Anwendung von 2 pCt. Borglycerinlösung (Acid. boric. 2,0. Aq. dest., Glycerini āā 50.0) schien von Nutzen zu sein. Als bestes Mittel gegen das vorhandene Eczem (vorzüglich gegen das Jucken) bewährte sich heisses Wasser oder heisses Borwasser 2—4 Mal im Laufe von 24 Stunden angewandt, sobald sich das heftige Jucken wieder einstellte. Röthe und Jucken liessen dann sofort auf mehrere Stunden nach, um in 2—3 Tagen ganz zu schwinden. Das Wasser wurde so heiss genommen, als die Haut es irgend vertragen konnte. Es kam bei dieser Behandlung niemals zur Bläschenbildung. Auch als prophylaktisches Mittel, gleich nach dem chemischen Insulte ausgeführt, hat sich das Eintauchen der Hände in heisses Wasser oder Borwasser bewährt. Als prophylaktische Maassregeln kann Dr. Treymann weiter empfehlen: a) Verbannung der Handschuhe (insbesondere der Glacé-Handschuhe) in der warmen Jahreszeit; b) ausschliesslicher Gebrauch der Sarg'schen Glycerinseife, die besser vertragen wurde als alle entfetteten Seifen — auch während des floriden Eczems, c) ausschliesslicher Gebrauch von lauwarmem Wasser zum Reinigen der Hände, besonders in der heissen Jahreszeit; d) Vermeiden der Carbol-, wo irgend möglich auch der Sublimatlösungen [2]).

II. Dr. H. Westphalen-St. Petersburg leidet seit 7 J. an einem Eczem der Hände, das durch jegliche Berührung mit Carbollösungen, Borsäure, Sublimat, Thymol immer wieder hervorgerufen wird. (Alkohol wurde stets gut vertragen). Die Tendenz zur Eczembildung datirt von der Zeit an, wo er wegen einer Fingerverletzung Carbolcompressen anzuwenden hatte. Die Form des Eczems ist die des E. vesiculosum. Der erste Anfall dauerte ca. 2 Monate. Die Recidive, deren er etwa 5 oder 6 durchgemacht hat, treten gewöhnlich am Tage nach dem chemischen Insulte auf und beschränken sich auf die Hände. Auch bei ihm hatte die gewöhnliche Behandlung des Eczems mit Wismuth, Bleisalben etc. nicht den gewünschten Erfolg. Von Nutzen war ihm die constante Anwendung der Kälte in Form des Eisbeutels. Auch 4—5 Mal tägliche je 5 Minuten dauernde Irrigationen mit eiskaltem Wasser hat er erfolgreich angewandt. Gleichzeitig braucht er Wismuth oder Hydrarg. praec. alb. mit Vaselin oder Lanolin. Für die einzige Prophylaxe hält er das ängstliche Vermeiden jedes der genannten Mittel. Bei Sectionen bedient er sich der Gummihandschuhe.

[1]) In neuerer Zeit sind übrigens Jodoformeczeme häufig beobachtet worden.

[2]) Auch ich habe auf Dr. Treymann's Empfehlung hin die heissen Waschungen mit bestem Erfolge angewandt.



III. Docent Dr. F. Krüger. — Beginn des Eczems vor etwa 5 Jahren; bis dahin war die Haut durch Antiseptica nie merklich irritirt worden. Das erste Mal war die Erkrankung durch gleichzeitige Einwirkung von Carbol und Jodoform hervorgerufen worden. Sie trat als Eczema papulosum, vesiculosum et madidans auf, dauerte circa 5—6 Wochen. Die Recidive, bei denen ein Nässen nicht eintritt, dauern 2 — 14 Tage. Die Zahl derselben ist 10—12 gewesen, d. h. bei jedesmaliger Berührung mit den genannten Mitteln. Während das erste Mal erst nach einem mehrtägigen ununterbrochenen Gebrauche der letzteren die Erkrankung auftrat, erschienen die Recidive schon nach 6—10 Stunden. Befallen waren nur die Hände. Therapeutisch hat Dr. Krüger das erste Mal 5 pCt. Ichthyolsalbe mit höchst zweifelhaftem Erfolge gebraucht. In den späteren Fällen wurden nur Bepuderungen mit Talc. venet. u. Amyl. tritic. 1: 2 und Luftabschluss angewandt. Diese Therapie schien entschieden günstig das Eczem zu beeinflussen. Als prophylaktische Massregel kann Dr. Krüger gleichfalls nur das Vermeiden von Carbol und Jodoform empfehlen. Seinen Berufsgeschäften konnte er nur das erste Mal nicht nachkommen, später war das Eczem nicht so hochgradig, wenngleich durch das starke Jucken äusserst lästig.

IV. Dr. A. Kussmanoff — Kappel hat ca. 6 Jahre lang alle Antiseptica gut vertragen. Erst seit 8 Jahren leidet er an Eczem. Im April 1886 fing er (nach einer Aetzung seiner Hand mit conc. Carbolsäure) plötzlich an, an den heftigsten Eczemen zu leiden. Dieselben werden durch Carbolsäure (2—3%), Sublimat (1‰), Thymol (1‰), Salicylsäure (¼%), Kreolin (2%), weniger durch Jodoform hervorgerufen. Die Form ist gewöhnlich die des E. papulosum. Der erste Anfall dauerte nur 3½ Tage, während die Recidive (ca. 20—30 Mal jährlich) nur ½—1 Tag lang dauerten und sich nach ca. 14 Stunden bereits zeigten. Es wurden die Hände, das Gesicht, bes. häufig die Gegend hinter den Ohren befallen, nie dagegen bedeckte Körperstellen. Die meiste Linderung hat ihm der Eisbeutel verschafft, durch welchen sowohl das Jucken verringert als auch der Verlauf, wie es schien, abgekürzt wurde. Zur Vermeidung der Recidive bedient sich Dr. Kussmanoff, wenn möglich, bei Operationen der Gummihandschuhe. Auch Einreibung der Hände mit Lanolin hat er vor der Operation angewandt. Alle übrigen prophylaktischen Massnahmen waren ohne jeglichen Erfolg.

V. Dr A. Collins — Haggers hat bereits als Praktikant auf der Klinik (vor ca. 20 Jahren) den ersten Anfall von Eczem gehabt. Das Leiden, das durch Carbol, Jodoform, Sublimat, weniger durch Salicyl hervorgerufen wird, hat häufige Recidive gemacht und tritt als E. pustulosum, squamosum, madidans auf. Die Recidive erscheinen meist schon 12—24 Stunden nach stattgehabtem Insult, befallen gewöhnlich die Hände, ergreifen jedoch zuweilen — bei grösserer Intensität des Reizes — auch andere Körperstellen. Eine Erleichterung seines Zustandes erreicht er durch häufiges Waschen der Hände mit weichem Wasser, wobei er möglichst wenig Seife braucht und jedes stärkere Reiben vermeidet. Zur Nacht applicirt er Lassar'sche Paste (ohne Salicyl). Ueber die mit diesem Mittel bestrichene Hand zieht er einen Leinhandschuh. Theer wirkt stets ungünstig. Zur Vorbeugung eines Recidivs kann Collins nur die Fernhaltung neuer Reize empfehlen.

VI. Ende December 1892 erkrankte ich an einer Wundinfection der rechten Hand, die ich mir bei der Behandlung eines pyämischen Patienten zugezogen hatte. Eine energische Desinfection der kleinen Schrunde, die meiner Ansicht nach die Eingangspforte für die Infection abgegeben hatte, wurde von mir ausgeführt. Schon 10 Stunden nach der ersten Reinigung meiner Wunde mit Sublimat, Lysol, entwickelte sich ein acutes Eczem der rechten Hand. Dasselbe trug den Charakter eines bullösen. Durch Confluenz der Blasen wurde nach und nach die ganze Epidermis der rechten Hand abgehoben und, weil sie gangränos geworden war, mit der Scheere abgetragen. Das Eczem trat in geringerem Grade an den symmetrischen Theilen der linken Hand gleichfalls auf, ohne jedoch einen so heftigen Charakter zu zeigen. Die Verbreitung des Eczems nahm weiter hin zu, so dass schliesslich bis auf die Füsse, den linken Unterschenkel und einen Theil der Brust der ganze Körper mit Blasen, Borken etc. bedeckt war. Nach 2 Monate dauerndem Krankenlager, das wegen der Unfähigkeit, sich selbst die Speisen zuzuführen, der Unmöglichkeit, sich zu schnauben, da die ganze Nase gleichfalls von heftigem Eczem befallen war, der Schlaflosigkeit, Schmerzen etc. ein äusserst qualvolles war, konnte ich das Bett verlassen. Allmählich heilte das Eczem, eine starke Pigmentation der Haut hinterlassend, die auch jetzt noch — ca. 2 Jahre nach dem Beginne der Erkrankung — vorhanden ist. Ende März nahm ich meine Praxis wieder auf. Selbstverständlich mied ich die Berührung mit Desinficientien nach Möglichkeit. Immerhin war sie nicht ganz zu vermeiden, so dass ich im Laufe der 1½ Jahre ca. 15—20 Recidive gehabt habe, die ca. 1½ Wochen dauerten und besonders dadurch lästig waren, dass es fast immer zu einem Nässen kam, ich also meine Hände in der Ausübung meiner Praxis nicht brauchen konnte. Das Eczem wurde bei mir durch Carbol, Lysol, Sublimat, Borsäure, Salicylsäure, ganz besonders aber durch Jodoform hervorgerufen. Schon der Jodoformstaub, der beim Oeffnen eines Jodoformgazeverbandes z. B. entsteht, genügte, um ein Recidiv zu veranlassen. Schon häufige Waschung der Hände mit Wasser wirkte irritirend auf die Haut. — Das erste Eczem wurde von mir mit den gewöhnlichen Mitteln behandelt; am angenehmsten war die Anwendung der Hebraschen Salbe. Bepuderungen wurden nicht gut vertragen. Prophylaktisch habe ich — abgesehen von der grösstmöglichen Schonung — Einreibung mit Lanolin-Cream das ich nach der Reinigung der Hände mit lauwarmem Wasser auf die Haut applicirte, angewandt. Zu kleineren Operationen, zum Vernähen von Wunden etc. habe ich mich der Gummihandschuhe bedient. Den Eisbeutel habe ich früher im Initialstadium der Recidive anzuwenden versucht, doch — abgesehen von der durch die Kälte hervorgerufenen momentanen Linderung des Brennens — nur eine Verschlimmerung des Zustandes eintreten sehen, wohl bedingt durch die reactive Hyperämie. Ueberhaupt ist Alles, was eine venöse Hyperämie zu veranlassen geeignet ist, während des floriden Eczems zu meiden. Dagegen wirkt Anregung der Herzthätigkeit entschieden günstig auf die Erkrankung ein. Energische körperliche Bewegung z. B. bringt regelmässig eine Erleichtung des Zustandes hervor. Eine sitzende Lebensweise, eine stärkere Belastung des Herzens durch Einführen grosser Flüssigkeitsmengen in den Körper (Biergenuss etc.) hat einen ungünstigen Einfluss. Von entschiedenem Nutzen ist eine Abhärtung der Haut durch körperliche Arbeit. Jedenfalls habe ich es vielfach beobachtet, dass bei den Recidiven die Theile der Haut, die in Folge körperlicher Arbeit eine stärkere Epidermis erhalten hatten, nicht so leicht erkrankten, wie z. B. die mit dünner Oberhaut bekleideten Interdigitalfalten. Eine grosse Aufmerksamkeit habe ich meinen Fingernägeln schenken müssen. Dieselben sind möglichst kurz — kürzer als gewöhnlich üblich — zu beschneiden, um die Haut an den Fingerspitzen abzuhärten. Eine Prädilectionsstelle für das Eczem giebt eben der subunguale Raum ab, weil erstens die betr. reizenden Substanzen dort leicht haften, und zweitens die Epidermis an dieser Stelle eine sehr zarte zu sein pflegt. Falls sich bei einem Recidive bereits Bläschen gebildet hatten, so hat mir eine Bestreichung derselben und deren Umgebung mit Hühnereiweiss grosse Erleichterung verschafft, auch schien die Bläschenbildung durch dasselbe aufgehalten zu werden. Leider ist das Eiweiss nach dem Eintrocknen sehr spröde und blättert leicht ab, so dass eine häufige Wiederholung der Bestreichung nothwendig ist. Im Uebrigen kann ich dieses einfache Mittel nur warm empfehlen. Eine genaue Befolgung der oben angeführten Massnahmen hat mich seit einigen Monaten vor Recidiven bewahrt.

Die aus den oben referirten 6, oder wenn wir den Matschke'schen Fall mitrechnen, 7 Fällen sich ergebenden Schlussfolgerungen sind folgende:

1) Alle gewöhnlich gebräuchlichen Antiseptica (Carbol, Jodoform, Sublimat, Borsäure, Kreolin, Lysol, Salicylsäure, Thymol) vermögen Dermatitiden hervorzurufen und zwar häufig schon in minimalen Dosen.

2) Fast alle Beobachter haben vor dem ersten Anfalle jahrelang alle Antiseptica gut vertragen; bei allen trat die Idiosynkrasie der Haut gegen dieselben plötzlich ohne jegliche Vorboten auf.

3) Die Dauer des ersten Anfalls schwankte zwischen 3½ Tagen und 2½ Monaten.

4) Die Dauer der Recidive war 1 Tag bis 6 Wochen.

5) Die Häufigkeit der Recidive erreichte die Zahl 30 im Jahre.

6) Die Irritationserscheinungen zeigten sich gewöhnlich schon 12—24 Stunden nach dem Insulte.

7) Befallen wurden nicht allein die Hände, sondern auch andere Körperstellen.

8) Die zur Bekämpfung des Eczems resp. seiner Recidive von den einzelnen Beobachtern mit grösserem oder geringerem Erfolge angewandten Mittel waren folgende (s. o.): heisses Wasser oder Borwasser, Borglycerinlösung, constante Anwendung des Eisbeutels, Irrigationen mit kaltem Wasser, Bepuderungen, Umschläge mit Thiollösung, Einpinselung der sich zeigenden Bläschen mit Hühnereiweiss, diätetisches Regime.

9) Als prophylaktische Massregeln wurden empfohlen: In erster Linie Vermeidung jeglichen Gebrauchs derjenigen Mittel, die erfahrungsgemäss eine Irritation der Haut zu Stande bringen. — Als empfehlenswerth kann das Tragen von Gummihandschuhen bei kleineren Ope-



rationen und anderen Manipulationen (Verbandwechsel) bezeichnet werden.

Zum Schluss möchte ich es nicht unterlassen, die auf dem diesjährigen Chirurgen-Congresse zu Berlin von Prof. Dr. Lassar gegen das «Eczem der Chirurgen» empfohlene Therapie zu erwähnen, wobei ich in Bezug auf die übrigen interessanten Ausführungen des genannten Autors auf das Original verweisen muss:[3]) Lassar lässt die vom Eczem ergriffene Haut einmal täglich, etwa am Abend, eintheeren, den Theer nach einer halben Stunde im warmen Handbade gelinde abseifen und dann über Nacht 2 pCt. Salicylpaste oder Zinkölpaste (Zinc. oxyd. 60,0 Ol. olivar. 40,0) in dicker Schicht auftragen und darüber einen leichten Watte-Mullverband legen. Von Wichtigkeit sei es, dass der Theer nicht in Form schmutzender und irritirender Salben, sondern als Theeröl in Verbindung mit Spiritus gebraucht werde. Vor der Theerung der Haut sei übrigens Bestreichung der Haut mit Schälpaste (Rp. β Naphtol. 10,0 Sulf. subl. 40,0 Sapon. virid. Vaselin. flav. āā 20,0) von Nutzen. Diese Mischung werde nach 10—15 Min. durch 25 pCt. Chrysarobin-Lanolin ersetzt, auf die dann nach gleichem Zeitraum erst die Theerung und endlich der nächtliche Schutzverband folgen. Etwa vorhandene impetiginöse Beläge, Eiterbläschen und Pusteln seien durch : 1 Th. Zinnober, 25 Th. sublim. Schwefel und 75 Th. Vaselin flav. mit 30 Tropfen Bergamottöl rasch zu beseitigen.

Es ist selbstverständlich, dass nicht die Unbequemlichkeiten, die bei jedem Menschen ein Eczem hervorruft, für den Arzt, der daran erkrankt, die Hauptsache sind: für ihn hat diese Erkrankung eine noch viel ernstere Bedeutung. Dem Arzte, dessen Hände an Eczem leiden, ist es nicht oder doch in nur geringem Masse möglich, seinen beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Den chirurgischen und geburtshilflichen Theil seiner Praxis muss er fallen lassen. Mit eiternden Händen kann man eben keine Entbindung leiten! — Dass eine derartige — wenigstens partielle — Arbeitsunfähigkeit, die einige Jahre dauern kann, nicht leicht zu nehmen ist, bedarf keiner weiteren Erklärung. Mit Recht hat einer der obengenannten Collegen die Zeit seiner Erkrankung eine «Leidenszeit» genannt. Es dürfte nur wenige unter uns Aerzten geben, deren Vermögensverhältnisse etc. eine Pause von mehreren Jahren, die zur Schonung der gereizten Haut nöthig sind, in ihrer Praxis machen können, ohne ihre Existenz und die der Ihrigen in empfindlichster Weise zu schädigen.

Hoffentlich gelingt es in der Zukunft, dieses qualvolle Leiden von uns Aerzten fern zu halten. Für's Erste ist es jedenfalls, und besonders für den Arzt auf dem Lande, nicht möglich nur aseptisch mit Vermeidung aller Antiseptica zu arbeiten. Viele Wunden kommen uns in Folge der von ungebildeten Quacksalbern und alten Weibern empfohlenen Massnahmen schon in sehr suspectem Zustande zu Gesicht. So können wir denn zur Zeit die antiseptische Methode noch nicht missen, die neben all' dem Segen, den sie gestiftet, doch auch ihre Schattenseiten hat, welch' letztere in ihrer Bedeutung für den Arzt nicht unterschätzt werden dürfen!

Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie.

Von

Dr. med. Higier aus Warschau.

(Schluss).

Beobachtung III. S. Szm. 17-jähriges Fräulein, tritt ins Spital den 7. Februar 1890. Sie stammt aus einer gesunden Familie her. Eltern und Geschwister waren nie nervenleidend. Patientin selbst hat ebenfalls keine Krankheit durchgemacht. Erste Menstruation vor einem Jahre, von 4 wöchentlichem Typus, 6 tägiger Dauer und ohne Beschwerden. Vor 12 Monaten bekam sie angeblich ohne irgend welche psychische oder physische Ursache einen intensiven, mehrere Wochen anhaltenden Schmerz im rechten Vorderarm. Die Beweglichkeit des Gliedes soll dabei in keiner Weise gelitten haben. Nach einigen Monaten schwollen plötzlich, wiederum aus unbekannten Gründen, der Vorderarm und die Hand an derselben Seite sehr bedeutend an. Die Schwellung verschwand nach einigen Wochen, um kurz darauf wieder aufzutreten. Solch' ein abwechselndes Auftreten und Schwinden des Oedems — immer an derselben Stelle localisirt — sei mehrfach beobachtet worden. Das Oedem hielt gewöhnlich nur einige Tage an. Als es zum letzten Male mehrere Wochen dauerte, suchte die beunruhigte Patientin das Krankenhaus auf, wo sie auf der chirurgischen Abtheilung eine kurze Zeit verblieb.

Das auf der Nervenabtheilung vorgenommene Krankenexamen ergab Folgendes: Gut ernährte, nicht anämische Person, von normalem Körperbau. Innere Organe, speciell das Herz und Gefässsystem, zeigen keine nennenswerthe Abweichung von der Norm. Im Harn keine pathologischen Bestandtheile.

Patientin spricht wenig, ist ganz gehorsam und ruhig. Intellectuelle Sphäre intact. Klagt über permanente, nur hier und da nachlassende diffuse Schmerzen im rechten Vorderarm. Weder über die präcise Localisation noch über den Charakter der Schmerzen lässt sich Näheres eruiren. Schmerzpunkte sind nicht vorhanden. Die ganze rechte Hand und distale Hälfte des Unterarmes sind stark geschwollen. Die Schwellung nimmt in der Richtung zur Ellenbeuge hin allmählich ab. Die oedematösen Stellen sind glänzend, glatt, hellrosaroth verfärbt. Hautfalten sind doppelt so dick als an der linken Seite. Intensiver Druck beeinflusst die vorhandenen Schmerzen ziemlich wenig und lässt keine Vertiefung, keine Grube an der geschwellten Stelle nach.

Die oedematöse Extremität erweist sich schon bei einfacher Berührung etwas wärmer als die gesunde. Die Differenz beträgt 0,9° C. (36. 4—35. 5).

Active Bewegungen sind am kranken Gliede erhalten, jedoch ziemlich langsam, schwach und beschränkt, passive dagegen ganz frei. Haut- und Sehnenreflexe normal. Hypaesthesie an der rechten Seite für alle Empfindungsqualitäten: für Tast-, Schmerz- und Temperaturreize. Faradische Ströme, die an der gesunden Seite unerträglich sind, werden an der kranken Seite fast garnicht empfunden. Electrische directe und indirecte Erregbarkeit daselbst quantitativ herabgesetzt. Keine qualitative Aenderung in der galvanischen Zuckungsformel.

Weder in den motorischen Hirnnerven noch in den Nerven des rechten Beines sind irgend welche Abweichungen von der Norm zu finden.

Rechtsseitige Amblyopie und concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Weiss und Farben. Die rechte Pupille bedeutend weiter als die linke, beide reagiren prompt bei Accomodation und auf Lichtreize. Bewegung der Bulbi ganz normal. Mit dem rechten Ohre hört Patientin besser als mit dem linken. Die Untersuchung beider Zungenhälften mittelst Salz-, Chinin-, Zucker- und Weinsäurelösungen ergiebt Herabsetzung des Geschmacksinnes an der rechten Seite. Hyposmia dextra.

Es bestand somit neben dem schmerzhaften Oedem an der rechten oberen Extremität: Monoparesis brachialis et Hypaesthesia sensitivo-sensoria dextra.

Die Kranke befand sich unter ärztlicher Beobachtung im Spitale etwa 6 Monate. Es zeigte sich, dass der bei der ersten Untersuchung notirte Zustand nicht constant war, dass manche der Krankheitserscheinungen fortwährendem Wechsel unterworfen waren. Es liessen sich zuweilen binnen einer Stunde auffallende Veränderungen feststellen. Relativ beständig blieben die Schmerzen am kranken Gliede. Das Oedem war des Morgens am deutlichsten, verringerte sich Abends resp. schwand vollständig.

Geschwellt waren die Hand und der Unterarm gleichzeitig, bezw. nur der Unterarm, ziemlich selten war auch das Gesicht befallen. Noch wechselvoller war die Verfärbung der Haut an den geschwellten Stellen: gewöhnlich rosaroth, seltener bläulich-violett, zuweilen schwach marmorirt, stellenweise dunkelroth, stellenweise cyanotisch. Entsprechend der Verfärbung verhielt sich die Temperatur der Haut: bei cyanotischer Verfärbung war eine locale Herabsetzung, bei röthlicher — Steigerung der Temperatur wahrzunehmen. Je kühler die Hand war, desto feuchter fühlte sie sich an.

Als Beispiel seien nur einige Tage aus dem Krankenbogen auszugsweise angeführt:

17. März. Die leidende Extremität ist cyanotisch und kühler als die gesunde Seite.

18. März. Der oedematöse Unterarm ist roth verfärbt. Temperatur daselbst höher als an der gesunden Seite.

20. März. Die intensive Cyanose der Haut schwindet. An Stelle der Blaufärbung tritt deutliche Blässe auf. Die Hand

[3]) Prof. Dr. Lassar: Das Eczem der Chirurgen. — Dermatol. Zeitschr. 1894. XLIV.

ist stark oedematös, der Unterarm fast gar nicht. Die Temperatur der rechten Hand ist niedriger als die der linken. An den Unterarmen ist keine Differenz der Temperaturen zu finden.

22. März. Nur die Hand ist oedematös und heiss. Die Schwellung geht allmählich auf den Vorderarm über. Schlaflose Nacht infolge der Schmerzen. 2 subcutane Morphiuminjectionen (à 0,02) bleiben ohne Erfolg.

23. März. Schwellung gering. Haut kühl und cyanotisch. (2 Stunden später notirt). Oedem ziemlich stark ausgesprochen, Haut blass mit rosarothen Flecken, Temperatur gesteigert, Schmerzen unerträglich.

(3 Stunden später notirt). Alle Symptome geschwunden. Zustand des Armes ganz normal.

31. März. Schwellung des rechten Lides wird zum ersten Mal beobachtet. Das Oedema palpebrae hält, mehrmals täglich wechselnd, 3 volle Tage an.

13. April. Ziemlich schmerzhafte Schwellung der ganzen rechten Gesichtshälfte. Dauert 3 Tage.

Analogen Schwankungen, wie die Schwellung, Verfärbung und Temperatur sie aufwiesen unterlag die Sensibilität der leidenden Extremität. So ist beispielsweise den 4. April die Haut vollständig anaesthetisch und analgetisch, während sie den 21. Mai an denselben Stellen sich äusserst hyperästhetisch erweist.

Im Juni fing der Zustand an definitiv sich insofern zu bessern, als die oedemfreien und schmerzlosen Intervalle häufiger und anhaltender wurden. Mitte Juli war objectiv nichts Krankhaftes wahrzunehmen. Das einzige, was nachblieb und wahrscheinlich angeboren war, war die rechtsseitige Mydriase.

Den 31. Juli verliess die Kranke das Spital. Wie aus brieflichen Mittheilungen zu ersehen ist, fühlte sich Patientin das ganze Jahr hindurch vollständig gesund.

Die Behandlung bestand in Darreichung mehrerer pharmaceutischer Mittel (Brom, Secale, Chinin, Morphium) Electrisiren, Bandagiren, Massage, in Kaltwasserbehandlung und hypnotischer Suggestion. Relativ am günstigsten schien die mehrmals wiederholte Cauterisation der Wirbelsäule gewirkt zu haben.

Sehen wir uns die besprochenen Fälle etwas näher an. In allen 3 Beobachtungen handelt es sich um junge (17, 18, 19 Jahr), in der Ernährung nicht heruntergekommene, von keinem organischen Leiden befallene Personen weiblichen Geschlechts. Hereditäre, neuropathische Prädisposition lässt sich trotz strengster und correcter Anamnese nur bei einer der Kranken (Ehr) eruiren, in deren Familie Arthritis und Nervenleiden vertreten waren, deren Bruder an Anfällen von Bewusstlosigkeit, deren Mutter an Sinnestäuschungen angeblich zu leiden hatten. Bezüglich persönlicher Antecedentien sind bei derselben Patientin (Ehr) eine interessante Gedächtnissstörung und schreckhafte Träume festzustellen. Von den übrigen 2 Patientinnen negirt eine (Szm.) jedes vorangegangene Nervenleiden, die andere (Rin.) dagegen erzählt von ihrem überempfindlichen und schreckhaften Wesen, von einem vor 2 Jahren erlittenen, mit Bewusstseinsverlust und consecutiven Cephalalgien abgelaufenen Kopftrauma. Letzteres soll die, ihrer Meinung nach, von Jugend an bestehende Nervosität bedeutend gesteigert haben.

Aetiologische Momente für das Auftreten des Oedems weiss keine der Kranken anzugeben. Es beginnt acut oder subacut mit Schmerzen und Schwäche, in einem Falle (Ehr.) mit Röthung und localer Hitze. Allgemeinzustand bleibt überall ungestört.

Localisirt ist das Oedem verschieden: 1) an einer ganzen Körperhälfte, speciell den Unterarm und die Brustdrüse betreffend (Rin.), 2) am Fusse, proximalwärts nur um wenige Centimeter das Fussgelenk überschreitend (Ehr.), 3) an der Hand und distalen Hälfte des Unterarmes, für wenige Tage auch die Gesichtshälfte derselben Seite befallend (Szm.). In äusserst seltenen Fällen kann es als allgemeines Anasarka auftreten (Charcot), gewöhnlich wird nur die obere Extremität vom Oedem betroffen.

Ueberall hat die Schwellung die schon von Sydenham hervorgehobene, von den französischen und amerikanischen Autoren bestätigte Härte und Elasticität, so dass auch intensiver Druck keine Druckspur an der geschwollenen Körperstelle nachlässt (Oedeme dure). Bei Ehr. ist jedoch in der ersten Zeit der Beobachtung die äusserst schmerzhafte Schwellung von ziemlich weicher, nachgiebiger Consistenz gewesen.

Bezüglich der Farbe der Haut ist zu erwähnen, dass sie sich in den verschiedenen Fällen ganz verschieden verhielt. Das halbseitige Oedem der Rin. ist während der ganzen Beobachtungszeit von normaler Hautfarbe, bei Ehr. ist das Oedem anfänglich roth, geht aber allmählich mit der Besserung des Zustandes in das Hellrosa und Weisse über. Nur im Falle Szm. sehen wir ein Chamäleon-artiges Wechseln der Farbe: weiss, rosaroth, cyanotisch-blau, hellviolett, marmorirt u. s. w. Entsprechend der Farbe verhält sich das subjective Temperaturgefühl der Kranken (Szm.): ist das geschwellte Glied cyanotisch, so hat die Patientin das Gefühl von unangenehmer localer Kälte, ist es röthlich, so empfindet sie Brennen. Das Thermometer bestätigt genau die Angaben der Patientin. Dasselbe gilt von den übrigen Kranken: im Falle Rin. war die Temperatur der blassgefärbten oedematösen Hand um $1^1/_2$—2^0 C. niedriger, im Falle Ehr. die Temperatur der röthlich verfärbten Sprunggelenkregion um 4^0 höher als die der entsprechenden gesunden nicht oedematösen Körpertheile.[5]) Das Krankheitsbild in den mit Röthung und erhöhter localer Temperatur verlaufenden Fällen ähnelte deswegen ganz dem der Entzündung. Es fehlte kein einziges der 5 Cardinalsymptome: calor, rubor, dolor, tumor, functio laesa.

Nur im Falle Szm. konnte ein Einfluss der Tageszeit auf das Oedem constatirt werden, und zwar im Sinne Sydenhams, dass es gegen Morgen am ausgesprochensten war, gegen Abend bedeutend abnahm, bezw. vollständig schwand. Die Menstruation übte in den 2 darauf untersuchten Fällen keinen nachweisbaren Einfluss auf die Schwellung aus.

Bezüglich der die Schwellung begleitenden Localsymptome ist interessant zu erfahren, dass das Oedem überall von ausgesprochener Parese des befallenen Körpertheiles begleitet war: bei der Schwellung des Fusses (Ehr.) ist ein pied tombant notirt, bei dem Oedem der rechten oberen Extremität (Szm.) — eine Monoplegia brachialis, im Falle des halbseitigen Oedems (Rin.) — eine Hemiparese. Dementsprechend verhalten sich die Sensibilitätsstörungen, die nur in einem Falle (Ehr.) inselförmig auftraten. Spontane Schmerzen waren überall nachweisbar. Weniger ausgesprochen war der Schmerz bei Druck. Von gleichzeitig bestehenden vasomotorischen und trophischen Störungen sind zu erwähnen: deutliche Atrophie des Unterschenkels bei dem functionell oedematösen Fusse (Ehr.), intensive reactive Röthung bei Anlegen warmer Gegenstände, äusserst leicht zu Stande kommendes Bluten bei Nadelstichen, lange anhaltendes Erythem nach Anwendung des franklinischen Funkenstromes, Urticaria nach localer Massage, schnell und profus an der oedematösen Hand erscheinender Schweiss nach Pilocarpininjection (Rin.). Bei derselben Kranken fand sich ein ausgesprochener Unterschied im Pulse beider Art. radiales, speciell in Bezug auf den physiologischen Dicrotismus und die Wellenhöhe.

Die electrische Erregbarkeit war in allen 3 Fällen deutlich herabgesetzt, am meisten bei dem mit Atrophie des Unterschenkels verlaufenden Oedem.

Hysterische Stigmata fehlten bei keiner der Kranken, weder somatischer noch psychischer Natur.

Das Oedem hysterischer Natur dauert gewöhnlich mehrere Monate. Nur in einem unserer Eälle (Ehr.) war es schon nach 3 Monaten geschwunden; in den

[5]) Erhöhung der localen Temperatur wurde bis jetzt nur in dem von Damaschino und dem von Pitres beschriebenen Fall gefunden.



übrigen hielt es bedeutend länger an, in einem sogar über 1 Jahr. Vereinzelte Beobachtungen sind bekannt, wo die Schwellung über 2½ Jahre dauerte.

Intermissionen und Recidive sind in 2 Fällen (Szm. und Ehr.) theils von der Kranken, theils ärztlich beobachtet worden.

Ueber die Pathogenese der hysterischen Schwellung wissen wir nichts bestimmtes. Man hat für die mit Temperatursteigerung und Röthung einhergehenden Formen eine örtlich beschränkte, vorübergehende Lähmung der Vasoconstrictoren und eine dadurch gesteigerte Transsudation angenommen, bei den weissen, kalten Oedemen wurde eine Blutdrucksteigerung vorausgesetzt. Burot und Trintignan fanden thatsächlich eine Steigerung des Blutdruckes neben einem Schwund des physiologischen Dicrotismus in den Arterien der oedematösen Extremität. Aehnliches konnten wir bei einer der genannten Patientinnen (Rin.) feststellen.

Es darf endlich nicht ausser Acht gelassen werden, dass der nervöse Einfluss direct auf die Capillarzellen ohne jede Betheiligung der Gefässe eine Veränderung der Lymphsecretion zu Stande bringen kann. Dass es sich aber hier nicht um eine einfache Transsudation handelt, beweisen die wenigen in der Literatur befindlichen Fälle, wo wegen falscher Diagnose eine tiefe Incision gemacht wurde: keine seröse Flüssigkeit konnte gefunden werden. Von einem Falle erzählt jedoch Pitres[6]), wo «une incision de 3 centimètres donna issue à une abondante quantité de serosité limpide.»

Welche Anhaltspunkte besitzen wir bei Stellung der Diagnose? Dass es keineswegs eine bloss theoretische Frage, sondern auch von nicht geringem praktischem Interesse ist, beweisen unsere 3 Patientinnen, deren Oedeme von ärztlicher Seite als schwere chirurgische Leiden diagnosticirt wurden. Bei der Diagnose gilt noch heutzutage für die meisten Fälle des Oedems die von Sydenham aufgestellte Characteristik, in der die Hauptunterschiede zwischen dem organischen und functionellen Oedem hervorgehoben sind: «On peut toujours observer deux choses dans l'enflure des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et quand on la presse avec le doigt il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi l'enflure n'est qu'à une des deux jambes» (Sydenham)[7]).

Charcot wies schon darauf hin, dass neben dem «Oedem blanc» Sydenhams noch ein «Oedem bleu» bei Hysterischen vorkommt. Wir könnten auf Grund der Beobachtung Ehr. von einem «rothen», der Beobachtung Szm. von einem «bunten Oedem» sprechen. Das rothe Oedem simulirt wegen gleichzeitig bestehender localer Temperatursteigerung eine Phlegmone resp. acuten Rheumatismus. Die Eigenthümlichkeit der Oedeme, Abends weniger als Morgens ausgesprochen zu sein, kann, wie eine Beobachtung Pitres beweist, ebenfalls keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit machen. Nur in einem unserer Fälle (Szm.) war das Oedem des Abends schwächer als des Morgens. Am wichtigsten wird wohl immer bei der Diagnose neben dem foudroyanten Auftreten der chronische Verlauf der Schwellung und das gleichzeitige Bestehen motorisch-sensibler Stigmata bleiben. Letztere localisiren sich, wie erwähnt, sehr gern an dem krankhaft vom Oedem afficirten Gliede (Lähmung, Contractur, Arthrodynie, Analgesie).

Ex juvantibus lässt sich ebenfalls zuweilen auf die Natur des Oedems schliessen. Es kann nämlich das Oedem, analog den meisten übrigen Symptomen, durch Suggestion hervorgerufen, aufgehoben und transferirt werden. Die hypnotische Suggestion wurde von Guinon und uns, die Magnetisation von Pitres in einzelnen Fällen von Oedem mit Erfolg benutzt.

Bei der Differentialdiagnose kommen hauptsächlich in Betracht: 1) profunde Phlegmonen (Fieber, Schüttelfrost, Fluctuation), 2) Erythromelalgie (Befallensein aller 4 Extremitäten in der Regel, Abwesenheit jeder Motilitäts- oder Sensibilitätsstörung, keine Schwankungen im Verlaufe), 3) Raynaud'sche Krankheit (Schleichende Entwickelung, symmetrische Localisation, Befallensein der Spitzentheile, wie Nase, Ohren, Finger, gesetzmässige Reihenfolge der 3 Stadien: Acroparästhesie, Acroasphyxie und Acrosphacelie), 4) Syringomyelie (Bilaterale Localisation an den Händen, progressiver Verlauf, partielle Empfindungslähmung, Muskelatrophie) und 5) Morvan'sche Krankheit (Panaritia indolentia, fortschreitender Krankheitsprocess ohne Remissionen).

Die Behandlung deckt sich mit der bei Neurosen, bei anämischen und Schwächezuständen vorzunehmenden Therapie. Bandagen helfen nie, verschlechtern eher den Zustand. Richtige Diät, ruhige Lebensweise, Aufenthalt in ruhiger Luft, Bäder, Fernhaltung aetiologisch nachgewiesener Schädlichkeiten, Points de feu, zeitweilige Translocation oder Isolation, psychische Therapie sind wohl die mächtigsten Factoren in der Behandlung.

Inwiefern die psychische Therapie wirken kann, wurde schon oben erwähnt. Sehr beachtenswerth in Bezug auf den psychischen Entstehungsmodus der hysterischen Oedeme ist folgender Fall von Charcot: Es wurde einem Hysterischen in der Hypnose an fünf aufeinander folgenden Tagen suggerirt, dass seine rechte Hand anschwelle, grösser als die andere und blauroth, ferner hart und allmählich auch kälter werde. Unter diesem Einflusse schwoll die rechte Hand enorm an, so dass sie nahezu den doppelten Umfang der anderen erreichte; sie wurde auch cyanotisch und hart, und ihre Temperatur sank um etwa 3 Grade. Mit einem sehr instructiven Fall von recidivirendem Oedem autosuggestiver Natur, das jedes Mal durch zeitweilige Translocation der befallenen Person zum Schwinden gebracht werden konnte, will ich die Besprechung der hysterischen Oedeme schliessen. Die Beobachtung gehört dem Coll. Paschalis (Gaz. lekarska 1890 XXX.) an und wurde von ihm an seiner Dienstmagd gemacht.

Beobachtung IV. E. B. 40 Jahre alt, ist von normalem Bau und gutem Ernährungszustande. Hat keine schweren Leiden durchgemacht. Menstruirte zum ersten Mal im 30. Lebensjahre. In den inneren Organen nichts Pathologisches. Dysmenorrhoea.

17. Februar 1889. Wenige Tage nachdem sie bei mir die Stellung eines Stubenmädchens angenommen hatte, fing sie an über Schmerzen im linken Vorderarm zu klagen. Derselbe schwoll stark an, die Haut wurde cyanotisch, kühl, stark gespannt, die Schmerzen sehr heftig. Dieser schwere Zustand dauerte kaum eine Stunde, wonach Alles spurlos schwand. Die folgenden Tage wiederholte sich derselbe Anfall mehrmals, so dass Patientin viele schlaflose Nächte durchmachen musste. Brom, Antipyrin, Antifebrin, Chinin, Salicyl, Arsen, Electrisation, Einreibungen und Umschläge — Alles blieb ganz effectlos. Eine subcutane Injection der maximalen Dose Morphium vermochte in keiner Weise die Schmerzen zu lindern.

25. Februar reiste ich mit der Patientin nach Wierzbolowo ab, um sie gemeinschaftlich mit dem Collegen R. zu untersuchen, der die bei ihm früher als Aufwärterin beschäftigte Frau gut kannte. Die Untersuchung während des Anfalles ergab denselben oben notirten Befund: Unterarm intensiv geschwellt, hart, cyanotisch und kühl. Die Schmerzen so intensiv, dass die Kranke gegen ihren Willen weinen muss. Als der Anfall zu Ende war, kehrte alles zur Norm zurück: die Schmerzen schwanden, die Hand konnte frei bewegt werden.

Ueber die Ursache des Leidens interpellirt, erklärt mir die abergläubische Frau: es wurde ihr schon von ihrer Vorgängerin auf dem Dienstposten gesagt, sie könne bei mir nicht lange im Dienste bleiben, sie müsse hier von einem Unglücke betroffen werden; einzig und allein der Zauberei und Hexerei seitens des ihr nicht wohlwollenden Dienstmädchens könne sie die unglückliche Krankheit zuschreiben.

[6]) Pitres. L'hystérie. B. I. p. 396. 1891.
[7]) Cit. nach Pitres. Loc. cit. p. 482.

Auf Grund dieser Thatsache kamen wir zur Ueberzeugung, es handele sich um ein im wachen Zustande suggerirtes Leiden. Die weitere Beobachtung machte die suggestive Natur noch wahrscheinlicher. Die Patientin blieb in Wierzbolowo bei ihrer Schwester unter Beobachtung des Collegen R. Die Anfälle wurden mit jedem Tage leichter und seltener, um nach einer kurzen Zeit spurlos zu verschwinden.

12. März kommt die Patientin vollständig gesund in mein Haus zurück, bleibt aber fortwährend in Besorgniss, es könne «die scheussliche Krankheit» wiederkehren.

19. März wiederholte sich derselbe Anfall, aber am rechten Vorderarm.

23. März. Die Anfälle werden immer häufiger und schmerzhafter. B. reiste zu ihrer Schwester ab. Schon auf dem Wege nach Wierzbolowo genas sie. 9 Monate hindurch arbeitete B. bei ihrer Schwester und fühlte sich vorzüglich.

5. Januar 1890 kehrte Patientin auf meinen dringenden Wunsch wieder in mein Haus zurück. Die Idee des Wiedererscheinens der Schwellung tauchte in ihrer Phantasie lebhaft auf.

9. Januar. Recidive des typischen Anfalles. Ich versuchte diesmal die Patientin zu hypnotisiren. Sie ging aber sehr ungern darauf ein. Sie meinte, nur das Verlassen meines Hauses könne ihr definitive Heilung bringen.

10. Januar reist B. nach Wierzbolowo ab. Die intensiven Krankheitssymptome schwinden während der Reise und kehren nimmer mehr wieder».

Es ist leider in der Beobachtung nichts Näheres über das Vorhandensein hysterischer Stigmata angegeben. Jedoch spricht sowohl die Aetiologie, wie der Verlauf und die Therapie des Falles fast mit absoluter Sicherheit für eine auf hysterischem Boden entstandene Angioneurose. Die Autosuggestion war bei der Kranken das primum nocens und gleichzeitig das primum juvans des hartnäckigen Leidens.

Referate.

Verrier: Die Douche auf das Epigastrium in der Behandlung der Gastralgie und verschiedener Arten von Dyspepsie. (La France médicale. № 27. 6. Juli 1894)

Verf. empfiehlt seine Behandlungsmethode sowohl bei der Dyspepsie wie bei der Gastralgie und zwar hat er sie stets von Erfolg begleitet gefunden. Die Douchen können kalt, abwechselnd kalt und heiss oder schottisch (?) (ecossaises) angewandt werden. Die beiden ersten haben einen anregenden oder lösenden Effect, die dritte wird angewandt um eine schmerzstillende oder mildernde Wirkung zu beendigen. Die Douchen werden von einer allgemeinen, kurzdauernden, raschfliessenden Douche begleitet, die je nach dem zu erzielenden Effect in Regenform oder als Strahl gegeben wird. Die Fläche auf dem Leibe des Patienten, auf die der Wasserstrahl gerichtet wird, wird begrenzt: durch eine Linie die 1 Centim. unterhalb des proc. xyphoid. und eine andere Linie die 2 Ctm. oberhalb des Nabels horizontal gezogen werden, seitwärts wird die Grenze beiderseits durch je eine verticale Linie die von der Mitte der falschen Rippen herabsteigt begrenzt: dieses sind die Grenzen, die ungefähr ein erweiterter Magen einnimmt. Das Wasser soll eine Temperatur von 12—14° C. haben, nicht weniger.

Verf. ist von dem Erfolg, den er und Andere erzielt haben, sehr befriedigt; das Nähere sehe man im Original nach.

Grimm.

Prof. R. Emmerich: Bemerkungen zur Heilserum-Behandlung der Diphtherie in München. (Münch. med. W. № 45).

E. untersuchte bakteriologisch von 1886—1890 12 tödtlich verlaufene Diphtheriefälle aus dem Hauner'schen Kinderhospital. Bei 10 von diesen 12 Fällen wurden Löffler's Diphtheriebacillen durch die Kultur nachgewiesen. Aber in 9 Fällen war die Todesursache unzweifelhaft die Streptococceninvasion, denn bei diesen wuchsen auf Gelatineplatten aus Blut und den inneren Organen zahllose Streptococcenkolonien. In einem Falle war die Todesursache die Blutinfection durch Staphylococcus pyog. aur. und in 2 anderen Fällen waren das Blut und die inneren Organe zwar frei von Mikroorganismen, aber in den lobulär pneumonischen Herden der Lungen fanden sich grosse Mengen von Streptococcen. Aus bakteriologischen Untersuchungen von 18 Diphtheriekranken ging ausserdem hervor, dass im Kinderhospital in München die Diphtherie in weitaus den meisten Fällen mit Streptococcen (vereinzelt auch mit Staphylococcen) complicirt ist, d. h. eine Mischinfection darstellt, so dass die Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung der Krankheit durch Heilserum eine sehr geringe ist. Sehr häufig ist die Diphtherie in München von einer dritten pathogenen Bakterienart begleitet, die vielleicht mit dem Bacillus pyogenes foetidus (Passet) identisch ist und die im Jahre 1885 von Emmerich als Diphtheriebakterie beschrieben wurde. Sie kommt bei der spontanen Diphtherie der Tauben und Hühner neben grossen Massen von Streptococcen oder Staphylococcen regelmässig vor. Ausserdem enthält das Münchener Kanalwasser fast constant pathogene Streptococcen. Es müssen also in der Stadt, wahrscheinlich in den Wohnungen fast stets Entwickelungsherde dieser pathogenen Streptococcen vorhanden sein und die Auffindung und Beseitigung derselben wäre vielleicht für die Bekämpfung der Diphtherie von grosser Bedeutung.

Alle diese Beobachtungen könnten eventuell einen Misserfolg in der Serumbehandlung der Diphtherie erklären.

Weyert.

Buchner, Ranke, Seitz: Die Serumbehandlung der Diphtherie. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 45).

Die 3 Autoren referirten in der gemeinschaftlichen Sitzung des ärztlichen Vereins und des ärztlichen Bezirksvereins München vom 24. October 1894 über die neue Diphtheriebehandlung.

Prof. H. Buchner glaubt die Frage, ob Versuche mit dem Serum an Menschen gemacht werden sollen, durchaus bejahen zu müssen, fügt aber hinzu, dass diese Versuche mit grosser Vorsicht auszuführen sind. Eine Schädlichkeit bei der Anwendung am Menschen sei nicht zu Tage getreten. Bezüglich der Eigenschaften des Serums sei zu erwähnen, dass dasselbe eine grosse Haltbarkeit besitzt und sich durch bedeutende Widerstandsfähigkeit gegen Licht, Wärme etc. auszeichnet. Es wirkt in quantitativer Beziehung nicht wie ein Ferment in unbestimmten Verhältnissen, sondern jeder Giftmenge entspricht eine ganz genau neutralisirende Antitoxinmenge. Dieselbe wird gemessen nach Immunisirungseinheiten, welche durch eine Normallösung bestimmt werden, von welcher $^1/_{10}$ ccm. genügt, um die Giftmenge, die als normal angenommen ist, zu neutralisiren. Diese Giftmenge beruht auf Convenienz. Sie besteht in der bestimmten Dosis einer im Besitze von Behring befindlichen Diphtheriegiftlösung. Nach dieser Menge wird also geaicht. Wenn eine vorhandene Lösung zehnmal wirksamer ist, so dass schon in $^1/_{100}$ ccm. die entsprechende Antitoxinmenge vorhanden ist, so bezeichnet man dieselbe als eine 10 fache Normallösung. Ueber die Art, wie das Antitoxin gegenüber der Vergiftung wirkt, besteht noch eine Controverse, doch hat Roux in letzter Zeit Beweise dafür beigebracht, dass die directe Giftzerstörung, die Behring annimmt, nicht vorhanden ist. Es handelt sich nur um eine rasche Immunisirung.

Prof. H. v. Ranke theilte die im Hauner'schen Kinderhospital (München) gewonnenen Resultate der Serumbehandlung mit, wo meist «schwere und schwerste» Formen der Diphtherie Aufnahme finden und verglich sie mit den Zahlen früherer Jahre. In den Jahren 1887—1893 kamen 1048 diphtheriekranke Kinder zur Aufnahme, von diesen starben 516 (49,2 pCt.). 575 Kinder erforderten einen operativen Eingriff (Tracheotomie oder Intubation), 473 Fälle eine nur medicamentöse Behandlung. Von letzteren starben 26 pCt., von ersteren 65,2 pCt. (darunter von Intubirten 1889–1893 65,3 pCt.). Im December 1893 wurden die ersten Versuche mit Behring'schem Serum gemacht, das, wie sich später erwies, in zu kleinen Quantitäten (1—5 ccm.), 8 Patienten injicirt wurde, von denen 7 starben. Dabei wurde das Auftreten einer Form von Pneumonie constatirt, die früher nicht bemerkt worden war. Es handelte sich um eine lobulär beginnende, rasch confluirende derbe Infiltration grosser Lungenabschnitte. Das Resultat war also ein so trauriges, dass die Versuche aufgegeben wurden. Vom 1. Mai bis 24. September 1894 waren von 64 diphtheriekranken Kindern 43 gestorben (67,1 bCt.), darunter von 32 Intubirten 30. Vom 24. September bis 12. October wurden Versuche mit dem Serum von Aronson angestellt. Im genannten Zeitraum wurde 9 Patienten das Antitoxin injicirt. 8 hatten Stenosenerscheinungen, so dass bei 7 zur Intubation geschritten werden musste (darunter bei 4 sofort nach der Aufnahme). 3 Kinder starben: eins nach 12-stündigem Aufenthalt an septischer Diphtherie, 2 nach Intubation und darauf folgender Tracheotomie. Ein schwerer und 4 mittelschwere Fälle genasen nach einmaliger Injection (10 ccm.) in kurzer Zeit mit Hilfe der Intubation, ein leichter Fall heilte schnell, ohne dass es zur Intubation gekommen wäre. Auffallend war bei diesen allen die verhältnissmässig kurze Dauer der Stenose. Vom 14. bis 28. October wurden die Versuche mit Behring'schem Serum erneuert. Von 10 Injicirten starb einer an septischer Diphtherie, während unter den Genesenen (die zum Theil übrigens zur Zeit des Vortrages noch in Behandlung standen) sich einige schwere Erkrankungen befanden, so dass in 3 Fällen intubirt werden musste. Natürlich kann man aus diesen kleinen Zahlen noch keinen definitiven



Schluss auf die Wirkung des Mittels ziehen und es werden daher die Versuche im Hauner'schen Kinderhospital fortgesetzt.

C. Seitz machte Angaben über die Präventivimpfung, der er allerdings bis jetzt noch wenige Kinder unterziehen konnte, die aber anscheinend mit Erfolg ausgeführt war. Bei einigen trat nach einer Woche ein rasch vorübergehendes Erythem auf, ohne sonstige Störungen. Als Dosis zur Schutzimpfung gesunder Kinder genügen 2 ccm. vom Serum Nr. 1; die Dauer der Immunität ist bei diesen kleinen Dosen wohl kaum über 14 Tage. Befindet sich ein präventiv geimpftes Kind schon im Incubationsstadium, so kann die erwähnte geringe Dosis der Präventivinjection eine Verlängerung der Incubation verursachen. Bei einem länger schon bestehenden bezw. vorgeschrittenen oder schweren Falle ist sofort die Anwendung von Nr. III indicirt; diese stärkste Dosis kann übrigens ohne Gefahr auch in den sogenannten leichten Fällen angewendet werden. War die Dosis genügend und liegen keine Complicationen vor, so erfolgt meist ein rascher Abfall des Fiebers, es stellt sich Euphorie ein, anscheinend (?) vermehrtes Volumen der Beläge, dann eine mehr weniger rasch sich vollziehende Reinigung des Rachens. Geht dagegen die Temperatur sehr langsam herunter bezw. nicht unter 38°, so ist nach 10 bis 12 Stunden die Wiederholung der gleichen Antitoxindosis indicirt. Sofern jedoch localer Fortschritt des Processes oder Verschlechterung des Allgemeinbefindens das Unzureichende der Dosis documentiren, ist zur nächst höheren Concentration zu greifen. Was septische Diphtherie und sonstige Complicationen, z. B., Pneumonie betrifft, so kann man hier nicht von dem Mittel eine Beeinflussung dieser Processe erwarten. Bezüglich der Nachkrankheiten sollen bei den Serumbehandelten im Allgemeinen Nierenaffectionen und Lähmungen seltener sein.

Zum Schluss referirte Seitz kurz über die Herstellung des Mittels in den Höchster Farbwerken. Den geeignet befundenen Pferden wird eine zunächst stark mit Wasser verdünnte, von Mikroorganismen befreite ältere Bouilloncultur, die gewöhnlich mit 0,5 pCt. Carbol versetzt ist, in die Schulterregion eingespritzt. Sie reagiren darauf mit Temperatursteigerung (39° und darüber), Gewichtsabnahme, Schwellungen an der Injectionsstelle, zuweilen auch mit Paresen in den Hinterbeinen. Die Injectionsdosen müssen so gewählt werden, dass sie wohl die Reaction, jedoch ohne Nebenwirkungen ergeben. Ganz allmählich (in 4—6 Monaten) werden die Pferde durch in Intervallen von 1—4 Wochen wiederholte immer concentrirtere Injectionen dahin gebracht, dass sie sehr grosse Mengen (bis zu mehreren Litern der später unverdünnten Culturabgüsse) vertragen. Ist durch Experimente an Meerschweinchen der gewünschte Antitoxingehalt im Serum festgestellt, so wird aus der V. jugularis eine Menge von 1—3 Liter Blut abgenommen. Dieses wird 12—14 Stunden im Eisschrank gekühlt, das Serum abgegossen, dann mit mindestens 0,5 pCt. Carbol versetzt und nochmals genau geprüft. Nach der Constatirung des Serumwerthes wird die Flüssigkeit zu je 8—12 ccm. in kleine Fläschchen abgefüllt, deren jedes dann annähernd die gleiche Antitoxinmenge enthalten soll. Eine weitere Blutentnahme findet je nach dem Kräftezustand des Thieres (in 8 Tagen 2—3 Mal) zunächst ohne neue Injection statt, erst dann erfolgt wieder eine mehrwöchentliche Behandlung mit Diphtheriegift. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. M. Reich (Charkow): «Wissenschaftlich-populäre optische Hygiene der Augen für Pädagogen, Lehrer, Studenten, Aerzte und Gebildete überhaupt. St. Petersburg, C. Ricker. 1893, (russisch). 144 S. mit zahlreichen Holzschnitten im Text.

Die russische ophthalmologische Literatur verdankt der Feder des Verfassers bereits eine ganze Reihe sowohl wissenschaftlicher als auch populärer Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenhygiene. In diesem Buche wendet er sich wiederum in erster Linie an die gebildeten Laien, insbesondere an die Männer der Schule; sein Thema ist diesmal speciell die «optische» Hygiene des Auges, d. h. die Pflege des Auges bei seiner optischen Arbeit, hauptsächlich bei der Schularbeit. Der oft so verderbliche Einfluss der letzteren auf die Augen der heranwachsenden Jugend ist ja zur Genüge erwiesen; aber ebenso sicher ist es auch bewiesen, dass diese schädlichen Folgen nicht unbedingt der Schularbeit anzuhaften brauchen, dass sie vielmehr durch eine rationelle und consequent durchgeführte optische Hygiene in Schule und Haus wohl vermieden werden können. Wir wünschen daher auch diesem Buche einen recht weiten Leserkreis unter denjenigen Nichtärzten, welche die lernende Jugend bei ihrer Arbeit zu leiten und zu überwachen haben. In der Einleitung giebt der Verfasser eine populäre Darstellung des Baues und der Function des Auges, der verschiedenen Abweichungen im Bau desselben und der hierin begründeten Anomalien der Refraction. Die Myopie und ihre Verhütung werden hierauf besonders eingehend besprochen. Die wesentlichen Punkte der optischen Augenhygiene: Auswahl der Arbeit, Haltung bei der Arbeit, Subsellien, Handschrift (Schräg- und Steilschrift!), Drucksorten, Beleuchtung des Arbeitstisches und des Klassenraumes — werden in fasslicher Form, mit Hilfe instructiver Abbildungen. erörtert. Wer sich über weitere Details orientiren will, findet am Schluss noch Hinweise auf einige der besten Arbeiten über die Hygiene des Auges.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, den Anforderungen der optischen Hygiene durchaus entsprechende.

B.

W. H. Gilbert: Italiens Thermen. Wien und Leipzig bei Braumüller 1894 (Badebibliothek).

Das Büchlein zählt in alphabetischer Anordnung die italienischen Mineralquellen auf, deren es, wie wir ersehen, über fünfzig giebt. Von diesen sind wohl nur wenige über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Wir finden kurze historische Angaben, Notizen über die geographische Lage, Analysen der Quellen und ihre Indicationen. Bei einigen sind auch die Namen der ansässigen Aerzte mitgetheilt. K.

A. Werner und R. Wehmer: Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart; Verlag von F. Enke. 1894. 788 Seiten.

Das umfangreiche Lehrbuch befasst sich mit den Zielen und Zwecken der öffentlichen Gesundheitspflege, den Gegenständen der Gesundheitsgesetzgebung und den sanitätspolizeilichen Bestrebungen. Das Ziel der Hygieine ist die Verbesserung des Daseins der Massen, sowie «die Ergründung jener Hindernisse, welche die grosse Masse der Bevölkerung vom gesundheitsgemässen Gebrauch und Genuss des Lebens, von der gedeihlichen Entfaltung der körperlichen und geistigen Anlagen zurückdrängen». Staat, Commune und Privatperson müssen sich die Hand bieten und gemeinsam dem einmal als allgemeinschädlich Erkannten entgegentreten. Immer wieder gehen die Verfasser auf die juridische Seite ein, in jedem Abschnitte werden Gesetzesparagraphen, Verordnungen, Erlasse etc. angeführt. Ebenso wird der Sanitätsverhältnisse anderer Culturstaaten und der Stellung der Rechtsordnung zur Gesundheitspflege in gebührender Weise Erwähnung gethan. Was die Anordnung des Stoffes betrifft, so behandelt das erste Buch die Hebung der allgemeinen Lebensbedingungen, die Aufgaben der Hygieine in Bezug auf die Beaufsichtigung der Wohnung und Nahrung. Das zweite Buch handelt von den Ansprüchen des Gesundheitswesens an öffentliche Institutionen und Anstalten. Hierher gehört die Verpflegung des hilfsbedürftigen Kindesalters, das Findelwesen, die Schulhygieine, die Verhütung von Krankheit und Unfällen im Arbeiterstand und die Fürsorge für Invalide und Sieche. Die Krankheiten, soweit dieselben vom Standpunkt der Hygieine betrachtet werden müssen, bilden den Gegenstand der Bearbeitung im dritten Buch, während das vierte die Maassnahmen und Organisationen zu dem Zweck angiebt, den vermeidbaren Krankheiten entgegenzutreten. Jeder Abschnitt enthält theils neue, theils bekannte in zusammenfassender Weise dargestellte Daten, welche auf einer umfassenden Benutzung der in- und ausländischen Literatur beruhen. Es würde den Rahmen eines Referates überschreiten, wollten wir an dieser Stelle auf eine detaillirte Darstellung der einzelnen Abschnitte eingehen. Das Buch sei Jedem empfohlen, der sich für die Fortschritte der Gesundheitslehre und die auf den Schutz der Volksgesundheit hinzielenden Gesetze interessirt. Lingen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Auf dem Pariser Congresse der Sociétés savantes hat Linossier (Lyon) eine von Barbien und Morat angestellte, Untersuchungsreihe an einem Magenfistelhunde mitgetheilt, die folgende interessante Ergebnisse gab:

1) Je grösser die mit der Nahrung eingeführte Flüssigkeitsmenge ist, desto weniger reich ist der Magensaft an Salzsäure. Dies gilt namentlich vom Beginn der Verdauung, weniger im späteren Verlaufe derselben. (Dies stimmt mit den Untersuchungen von Fleischer überein, welcher nach reichlichem Flüssigkeitsgenuss während der Nahrungsaufnahme Verlangsamung der Verdauung beobachtete. Ref.)

2) Der Genuss kalten Wassers — 12° — bewirkt eine viel mächtigere Anregung der Magensaftsecretion als laues — 38° — oder heisses — 55° bis 60°. (Leube[1]) hat 1883 die Salzsäureproduction nach Trinken von Eiswasser zu diagnostischen Zwecken verwerthet. Ref.).

[1]) Leube. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 33.



XIX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XI. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, 31. December (12. Januar 1895) **1894**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1895 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Ein Beitrag zu Thomas J. K. Morton's Metatarsalgie. (Mortons painful affection of the foot).

Von

Dr. C. Devrient

in Grundsahl (Livland).

In der № 28 der St. Petersb. Med. Wochenschrift v. Jahre 1893 erschien von Wanach ein Referat über die von Thomas J. K. Morton beschriebene Metatarsalgie; (Annals of surgery June 1893). Obgleich nun Morton bereits im Jahre 1876 diese Affection beschrieben und die Aufmerksamkeit der Fachkreise darauf gelenkt hatte, so scheint es dennoch, dass diese Krankheit recht unbekannt geblieben ist, und obgleich genannte Affection praktisch von Wichtigkeit ist, so ist dieselbe in deutschen Lehrbüchern, meines Wissens, noch nicht beschrieben worden. Da nun die Metatarsalgie zu den entschieden selten auftretenden Affectionen gehört, so dürfte es gerechtfertigt erscheinen, wenn ich hiermit einen weiteren Fall veröffentliche; bevor ich aber den Fall selbst beschreibe, sei es mir gestattet, in Kürze das von Morton beschriebene Krankheitsbild zu wiederholen.

Nach einem Trauma, (Springen, Fussballspiel, forcirte Märsche, Bergpartien, beim Tragen von schlechtpassendem Schuhwerk) oft aber auch ohne jegliche nachweisbare Ursache, treten anfallsweise Schmerzen im Fuss auf, die meist beim Gehen, häufig aber auch des Nachts, bei völliger Ruhe im Bett entstehen. Der Schmerz ist anfangs genau im Metatarsophalangealgelenk der IV. Zehe localisirt, späterhin jedoch verbreitet sich derselbe und strahlt in den Unterschenkel, den Oberschenkel, ja sogar bis in die Hüfte der betroffenen Körperhälfte aus. Die Schmerzparoxysmen sind dabei von wechselnder Intensität, manchesmal dauern dieselben nur kurze Zeit, um bald ganz zu verschwinden, manchesmal jedoch sind dieselben so intensiv, dass die Patienten, wenn sie in der Gesellschaft oder auf der Strasse vom Schmerzanfall betroffen werden,

Ohnmachtsanwandlungen, Uebelkeiten, kalten Schweiss bekommen und ohne Rücksicht auf ihre augenblickliche Umgebung den Stiefel des erkrankten Fusses ausziehen, da durch diese einfache Procedur der gewaltige Schmerz wie mit einem Schlage aufhört. Dauern diese metatarsalgischen Schmerzen Jahre lang, so werden die Patienten mit der Zeit arbeitsunfähige Neurastheniker. Untersucht man nun das IV. Metatarsophalangealgelenk des erkrankten Fusses, so findet man sehr häufig gar nichts, was für eine Erkrankung in diesem Gelenk sprechen würde; zuweilen ist eine Erschlaffung des Bandapparates zu constatiren. Die Affection tritt meist im mittleren Lebensalter auf, das weibliche Geschlecht ist häufiger vertreten als das männliche, oft ist nur ein Fuss erkrankt, es kommt aber vor, dass auch beide Füsse erkrankt sind. Bei diesem Krankheitsbilde sind jedenfalls ein schwaches Nervensystem, Anlage zu Neurosen, als prädisponirendes Moment durchaus zu berücksichtigen. Drückt man auf das IV. Metatarsophalangealgelenk, so wird oft garkein Schmerz empfunden, es gelingt aber dazwischen durch Verschiebung des IV. und V. Metatarsalknochens gegeneinander einen äusserst heftigen und schmerzhaften Anfall hervorzurufen. Nach Morton's Ansicht entsteht die Affection durch Druck und Reibung der plantaren Zehennerven, wenn dieselben den obenerwähnten Schädlichkeiten ausgesetzt sind, und warum speciell das Metatarsophalangealgelenk IV. befallen wird, erklärt sich aus der anatomischen Beschaffenheit dieser Stelle. Die 3 ersten Metatarsophalangealgelenke liegen fast in einer geraden Linie, das Köpfchen des Metatarsus IV. liegt bis zu 1/4 Zoll hinter dem des Metatarsus III und das Köpfchen des Metatarsus V befindet sich bis zu 1/2 Zoll hinter dem des Metatarsus IV und dazu kommt noch der Umstand, dass die Basis der Phalanx I und das Metatarsalköpfchen der V. Zehe dem Köpfchen und Halse des Metatarsus IV anliegen. Ausserdem sind der IV. und V. Metatarsus viel beweglicher als die 3 ersten, man kann z. B. das vordere Ende des Metatarsus V über und unter den Metatarsus IV dislociren. Berücksichtigt man ferner noch den Umstand, dass Zweige des Nervus plantaris extern. sich zwischen der IV. und V. Zehe verzweigen, so wird es begreiflich, wie ein Trauma, welches den in einem schlechten Schuhwerk seitlich comprimirten Fuss trifft, die Nervenzweige des Nervus plant. extern. schädigen und reizen kann und wie weiterhin hiermit die Ursache der heftigen Schmerzparoxysmen gegeben wird. Bekanntlich versorgt ja der Nervus plant. extern. mit seinen 3 Endästen die laterale Seite der IV. Zehe und die mediale und laterale Seite der V. Zehe, während der Nervus plant. internus mit seinen 7 Endästen an der Versorgung der übrigen Zehen betheiligt ist. Wenn nun noch der betreffende Bandapparat erschlafft und schwach ist, so wird um so leichter eine Schädigung an der Stelle des IV. Metatarsophalangeal-Gelenkes eintreten können. In Bezug auf die Therapie schlägt Morton vor bequeme Stiefel tragen zu lassen; in leichten Fällen hätten gute Stiefel schon dazu beigetragen, um die Metatarsalgie ganz schwinden zu lassen; er verlangt, dass die Sohle der Stiefeln hart und breit sei, so dass der Fuss keine seitliche Compression erleiden kann, auch auf dem Blatt muss der Schuh so anliegen, dass dem Fuss nicht die Möglichkeit gegeben ist nach vorn zu gleiten. Bradford hat für diese Affection den Vorschlag gemacht Strümpfe zu tragen, welche mit Zehen versehen sind. Wickelungen des Fusses mit einer Binde können desgleichen von Nutzen sein, aber in denjenigen schweren Fällen, wo nichts mehr helfen will, muss zur Operation geschritten werden, die darin besteht, dass die Amputation der IV. Zehe, mit Einschluss des Köpfchens des Metatarsus, vorgenommen wird. Auch die Resection des IV. Metatarsophalangeal-Gelenkes, mit gleichzeitiger Tenotomie der Beuge- und Strecksehnen ist von Morton empfohlen worden, denn beide Operationen beseitigen mit einem Schlage die ärgsten Schmerzen und Beschwerden. Anatomische Untersuchungen der Nerven sind leider bis jetzt nicht ausgeführt worden, so dass man ohne vorliegenden mikroskopischen Befund über das eigentliche Wesen dieser eigenthümlichen Erkrankung im Dunkeln bleibt.

Ich gehe nunmehr zur Mittheilung meines Falles über:

N. N. Gutsbesitzer, 35 Jahre alt, ist in seiner Jugend stets gesund gewesen und hat ausser Masern und Stickhusten keine weiteren Infectionskrankheiten durchgemacht. Der Vater des Patienten ist früh an Phthise gestorben, die Mutter lebt und ist eine nervöse, excentrische, sehr erregbare Dame, die viel krank ist und im Climacterium eine acute Psychose überstanden hat. Bereits im Alter von 23 Jahren heirathete Patient eine ältere, sehr schwächliche Frau, die ihm sehr rasch hintereinander eine Anzahl schwächlicher, häufig kranker Kinder schenkte. Der schwache Gesundheitszustand der Frau und der Kinder hatten auch auf die Gesundheit des Patienten den nachhaltigsten Eindruck gemacht und dieser, der seiner Zeit auf der Hochschule als Turner und Fechter Hervorragendes geleistet hatte, bot nach etlichen Jahren der Ehe das vollkommene Bild eines Neurasthenikers. Obgleich Patient in den günstigsten Verhältnissen lebte und sich sehr schonen konnte, so machte die Neurasthenie stetige Fortschritte und zu den neurasthenischen Beschwerden kamen häufige, sehr leicht acquirirte, Bronchialcatarrhe hinzu, Patient litt ferner an rein nervöser motorischer Magenschwäche, an nervöser Diarrhoe und machte 2 croupöse, nicht sehr schwere, Pneumonien und eine rechtsseitige Pleuritis durch. Ich bemerke, dass ich trotz häufiger Untersuchungen des Sputums niemals elastische Fasern oder Tuberkelbacillen finden konnte. Im Jahre 1891 und 1892 hatte Patient beidemal eine sehr schwere Influenza und bot nach überstandener Krankheit ein Besorgniss erregendes Bild dar; die vielen Krankheiten hatten das Körpergewicht und die geistige Elasticität stark reducirt. Vom Jahre 1888 ab, bis zum heutigen Tage befindet sich Patient in meiner Behandlung und ich habe in dieser Zeit von 7 Jahren alle Phasen der Neurasthenie und der soeben geschilderten Krankheiten beobachten können.

Im Anfange des Jahres 1893 hatte Patient, beim Gehen im Freien, im rechten Fuss einigemal Schmerzen verspürt, dieselben aber nicht besonders beachtet, weil er sie für «rheumatische» hielt; als aber eines Tages plötzlich der Schmerz ganz unerträglich auftrat und ein gleichzeitiges Brennen und Prickeln «wie Feuer» im Fuss bestand, wurde ich hinzugezogen. Der Schmerz wurde am rechten Fuss genau ins Metatarsophalangealgelenk IV verlegt, der Fuss selbst sah ganz normal aus, nur ist der rechte Fuss um einiges breiter als der linke, es findet sich nirgends eine Schwiele oder Verdickung an der Sohle; auf Druck, Zug oder Verschiebung im Metatarsophalangealgelenk IV lässt sich im Augenblick kein Anfall hervorrufen, auch wird bei Druck auf das betreffende Gelenk nicht der geringste Schmerz empfunden. Ich bemerke, dass Patient immer sehr bequeme Stiefel, sogenannte Normalstiefel getragen hatte und dass ein Trauma, welches den Fuss einmal oder häufiger getroffen haben könnte, absolut auszuschliessen war. Wickelungen des Fusses mit einer Flanellbinde, Jod- und Ichthyol-Einpinselungen waren ohne jeglichen Einfluss auf den, von jetzt ab häufiger eintretenden Schmerzanfall. Ein sehr weicher Pantoffel half erst recht nicht. Die Schmerzanfälle traten auch in der Zukunft des Nachts im Bett ein und liessen gewöhnlich sofort nach, wenn Patient mit dem nackten Fuss auf die kalte Diele trat, oder den Fuss in kaltes oder warmes Wasser stecken konnte; traten die Schmerzen beim Gehen im Zimmer oder im Freien ein, so verfuhr Patient wie Morton's Patienten, d. h. er zog sich sofort den Stiefel ab und wusste genau, dass der Anfall hierdurch coupirt wird. Die Schmerzen, welche anfänglich nur im IV. Metatarsophalangealgelenk und in der Fusssohle bestanden, verbreiteten sich später an der äusseren Fläche des Unterschenkels und gelangten bis zum Knie, über das Knie hinaus gingen dieselben nicht und waren hier, im Vergleich zum Schmerz am Fuss selbst, gering zu nennen. Faradisation des Fusses brachte nur eine vorübergehende und schwer zu beurtheilende Besserung, da es Wochen gab, wo kein Schmerzparoxysmus eintrat und wiederum Tage zu verzeichnen waren, an denen täglich ein Anfall eintrat. Ausser der localen Therapie mit Salben (Belladonna, Veratrin) wurden auch eine Zeitlang lauwarme tägliche Fussbäder genommen und natürlich Sorge getragen, dass eine allgemeine Kräftigung des sehr angegriffenen Nervensystems, durch Fe. Chinin. As. und eine ausgewählte gute Nahrung erfolgte; aber ein Stillstand des Leidens war nicht zu verzeichnen. Schon lange hatte ich dem Patienten gerathen eine Nerven- resp. Wasserheilanstalt zu besuchen, doch scheiterte diese Unternehmung an der Apathie und Energielosigkeit des Patienten, welcher nicht aus dem Hause wollte. Endlich im April 1894 entschloss er sich Lab-

manns Sanatorium bei Dresden aufzusuchen und hier wurde sofort, unter stetiger ärztlicher Controlle, eine allgemeine diätetische Behandlung eingeleitet, verbunden mit Warm- und Kaltwasserbehandlung, Massage, und nebenbei sehr auf Abhärtung des ganzen Körpers gesehen (z. B. Schlafen bei offenem Fenster bei Tag und bei Nacht im Mai a. c. der in Deutschland sehr kalt war!). Nach 6-wöchentlichem Aufenthalt kehrte Patient sehr rüstig und gekräftigt heim, die Schmerzen im Fuss waren in der ersten Zeit noch ab und zu eingetreten, hatten sich aber während der Behandlung mehr und mehr verloren, um schliesslich ganz zu schwinden.

Es fragt sich nun, wie dieses von Morton zuerst beschriebene Krankheitsbild aufzufassen ist; Morton hat den Namen «Metatarsalgie» gebraucht; mir scheint es, dass diese Bezeichnung nicht ganz zutreffend ist, denn mit derselben wird ja nur gesagt, dass ein Schmerz am Metatarsus irgend wo existirt und noch weniger klar wird die Krankheit bezeichnet, wenn man von: «painful affection of the foot» spricht. Leider liegen bis jetzt keine anatomischen Untersuchungen von den betreffenden Nerven vor, hier aber kann es sich meiner Ansicht nach nur um 2 Dinge handeln: entweder um eine Gelenkneuralgie, oder um eine reine Neuralgie des Nervus plantaris ext. speciell an der Stelle des IV. Metatarsophalangealgelenkes. Diese letztere Neuralgie kann auf zweierlei Weise entstehen: entweder auf traumatischem Wege, oder ohne Trauma, durch ein erschöpftes, sehr eindrucksfähiges, hereditär belastetes Nervensystem hervorgerufen. Die Gelenkneuralgien wurden zuerst vom englischen Arzte Brodie und sodann von Esmarch genauer beschrieben; auch bei den Gelenkneuralgien findet man in den betreffenden Gelenken keine weiteren nachweisbaren anatomischen Erkrankungen, aber bei den reinen Gelenkneuralgien unterscheidet sich der Schmerz von den echten Neuralgien doch wieder dadurch, dass ein typisches, anfallsweises Auftreten der Schmerzen nicht zu verzeichnen ist. Hier bei der von Morton beschriebenen Metatarsalgie haben wir es mit einer typischen Neuralgie zu thun, wie etwa bei der Neuralgie des Trigeminus (tic douloureux) denn alle 3 Bedingungen, die wir an eine echte Neuralgie stellen, sind in diesem Falle erfüllt. Erstens tritt der Schmerz im Verbreitungsbezirke eines bestimmten Nervenzweiges ein, zweitens ist der Schmerz von sehr beträchtlicher Intensität und drittens sind die Schmerzen nicht continuirlich vorhanden, sondern es lassen sich deutliche Remissionen wahrnehmen, nach welchen ausgesprochene Schmerzanfälle auftreten, welche manchesmal durch äussere Ursachen hervorgerufen werden, manchesmal aber auf absolut keine äusseren Schädlichkeiten zurückgeführt werden können. Daher meine ich, wäre es zutreffender, wenn man, statt in Zukunft von «Morton's Metatarsalgie» zu reden, die Bezeichnung brauchen würde: «Morton's Neuralgia nervi plantaris externi im Metatarsophalangealgelenk IV.»

Was die Therapie bei diesem Leiden betrifft, so richtet sie sich darnach, ob äusserliche Schädlichkeiten vorliegen oder nicht; haben wir es mit einem Neurastheniker zu thun, der nun noch neuralgische Anfälle bekommt, so muss eine Behandlung des Gesammtnervensystems in einer Nerven- und Wasserheilanstalt vorgenommen werden, damit die Neurasthenie, diese Erschöpfungsneurose, vor allen Dingen beseitigt werde. Zu einem chirurgischen Eingriff dürften diese Patienten wohl schwerlich sich entschliessen, wenn nicht vorher Alles versucht worden ist und die Schmerzen unerträglich geworden sind.

Zum Schluss bemerke ich, dass mein Patient seit 5 Monaten zu Hause ist, und dass sich seit einem Monat die neurasthenischen Beschwerden wieder alle einstellen; successive mit diesen steigern sich auch nach Zahl und Intensität die Schmerzen im rechten Fuss, so dass in nächster Zeit wieder eine Behandlung in einer Anstalt vorgenommen werden wird.

Zur Casuistik der Omphalorrhagia neonatorum spontanea.

Von
Dr. J. Wernitz
Odessa.

Den idiopathischen Nabelblutungen gegenüber verhält man sich meist skeptisch, bis man selbst einen ausgesprochenen Fall erlebt und sich dann überzeugt, dass die Angaben früherer Beobachter von der Unstillbarkeit dieser Blutungen vollständig richtig sind. Glücklicherweise sind diese Fälle äusserst selten, und daher auch wenig gekannt. Umsomehr ist aber die Mittheilung casuistischer Fälle angezeigt.

W. K. 12 Tage alt, kräftig und gut entwickelt, von 3700 Gr. Körpergewicht am 8. Tage nach der Geburt, stammt von gesunden Eltern. Verdacht auf Syphilis ist nicht vorhanden. Das erste Kind, ein Mädchen von 4 Jahren, ist vollkommen gesund und von kräftigem Körperbau. Die Geburt war normal verlaufen und am 5. Tage war die Nabelschnur abgefallen. Die letzte Nacht war das Kind etwas unruhig gewesen, hatte schlechter als sonst geschlafen, was auf eine Magenstörung bezogen wurde, da nach einem kleinen Klystier reichlicher Stuhlgang erfolgte und das Kind sich auch beruhigte. Am Morgen trat plötzlich eine Blutung aus dem Nabel auf. Die anwesende Wärterin legte einen Wattebausch auf die blutende Stelle und darüber eine Binde, um Compression auszuüben, doch hatte das gar keinen Erfolg. Es wurde die Hebamme geholt, die bei der Geburt gewesen war, und dieselbe versuchte auch durch Tamponade und Compression die Blutung zu stillen, ebenfalls ganz ohne Erfolg. Da Pat. ausserhalb der Stadt wohnte, so bekam ich denselben erst 4 Stunden nach Beginn der Blutung zu sehen. Ich fand ein gutentwickeltes und gutgenährtes Kind, aber schon mit stark ausgesprochenen Zeichen von Anämie. Icterus war nicht vorhanden. Der Leib war nicht aufgetrieben, die Temperatur war normal. Ueber dem linken Schlüsselbein und am linken Unterarm waren drei bohnengrosse Pemphigusblasen. Der Inhalt war schon eingetrocknet, so dass die gerunzelte Blase der Haut anlag, die Umgebung nicht geröthet. Die Blasen hatten sich vor mehreren Tagen gebildet. Frische Eruptionen waren nicht sichtbar, die Drüsen nicht geschwollen. Aus der Tiefe des Nabels quoll Blut hervor. Es war kein spritzendes Gefäss zu sehen und die Blutung war nicht stark, aber continuirlich. Der Farbe nach zu urtheilen war es eine parenchymatöse Blutung.

Irgend ein Gefässlumen war nicht sichtbar, das Blut schien aus vielen kleinen Oeffnungen, wie aus einem Schwamm, zu kommen. Längere Zeit fortgesetzte digitale Compression hatte keinen Erfolg. Nach Entfernung des Fingers blutete es ganz so wie zuvor, auch trat schon während der Compression das Blut an den Seiten hervor. Es wurde zum Eisenchlorid gegriffen. Mit kleinen Wattestückchen, die in Eisenchlorid getränkt wurden, suchte man die Vertiefung des Nabels auszufüllen und darüber wurde noch ein grösserer Wattebausch gelegt, der durch eine Binde angedrückt wurde. Anfangs stand die Blutung, aber nach einer halben Stunde war alles wieder von Blut durchtränkt. Das Blut sickerte überall hindurch und hatte trotz Eisenchlorid nicht die geringste Neigung zu gerinnen. Man griff daher zur Naht und vernähte den Nabelrand mit 4 Suturen. Auch das half nur für kurze Zeit, bald fing das Blut an zwischen den Nähten hervorzudringen. Es wurden noch 2 Nähte in anderer Richtung durchgeführt und darauf ein Compressionsverband angelegt. Die Blutung schien zu stehen. Als ich den Kleinen nach 4 Stunden wiedersah, war das Blut wieder durchgedrungen und hatte den Verband durchtränkt.

Ich entfernte die Nähte, führte 2 Karlsbader Nadeln durch den Nabelrand senkrecht auf einander durch und umschnürte den Nabel unterhalb der Nadeln mit einem Seidenfaden. Die Blutung stand wiederum. Die Anämie hatte beim Kranken bedeutend zugenommen. Die Nacht über hatte es nicht weiter geblutet, am Morgen aber war doch wieder Blut durchgedrungen und der Allgemeinzustand hatte sich bedeutend verschlimmert, so dass derselbe sehr bedenklich wurde. Mit einem zweiten Faden wurde der Nabel noch fester umschnürt, dann derselbe mit Tannin dick bestreut und wieder ein Compressionsverband angelegt. Da die Anämie hochgradig, die Athmung beschleunigt und oberflächlich war, so wurde eine Kochsalzlösung (30,0 gr.) subcutan injicirt. Der Knabe war den Tag über sehr unruhig, schlief schlecht, fuhr beim Schlafen immer zusammen, aber Blut zeigte sich nicht mehr. Am 3. Tage schien sich der Zustand zu bessern, die Gesichtshaut die welk und schlaff geworden war, wurde wieder praller und der Gesichtsausdruck wieder lebhafter. Auch der 5. Tag verlief günstig. Der Kleine nahm die Brust gut und erschien ruhiger. Am 6.



Tage fing sich wieder Flüssigkeit an auszuscheiden, aber nur aus den Wunden, die sich durch Einschnürung der Fäden gebildet hatten. Es war kein Blut, sondern nur seröse Flüssigkeit. Das abgeschnürte Stück des Nabels fing an sich abzulösen und am 8. Tage hatte sich alles fast vollständig abgestossen. Das Secretion war dabei ziemlich bedeutend, es war aber kein Blut, sondern nur eitrigblutige Flüssigkeit. Nachdem sich alles abgestossen hatte, lag eine reine, etwas granulirende, muldenförmige Wundfläche vor, die mit Dermatol bestreut und verbunden wurde. Der Allgemeinzustand der Kranken hatte sich gebessert, wenn auch die Blässe hochgradig war. Der Schlaf war ruhiger, die Brust wurde gut genommen und die Verdauung war normal. Am 9. Tage hatte sich wieder Blut gezeigt und zwar so viel, dass die Wärterin laut der ihr gegebenen Instruction einen mit Eisenchlorid befeuchteten Wattetampon auf die Wunde legte. Die Blutung hörte zeitweilig auf, wurde aber dann wieder stärker. Es hatte sich ein Schorf gebildet und das Blut drang am Rande neben dem Schorf hervor. Nicht einzelne Stellen, sondern die ganze Wundfläche schien zu bluten. Eine Umschnürung konnte nicht mehr gemacht werden, es wurde daher wiederum zum Eisenchlorid gegriffen und als es am folgenden Tage wieder blutete, versuchte man einen Brandschorf mit dem Thermocauter zu bilden. Auch das führte nicht zum Ziele. Durch das Pressen des Kindes bildeten sich Risse im Brandschorf, durch die es dann weiter blutete, und wurde hier wiederum gebrannt, so zeigte sich die Blutung an einer andern Stelle. In den beiden letzten Tagen war der Allgemeinzustand des Kindes bedeutend schlechter geworden, das Kind war ganz blutleer, die Lippen ganz blass, die Haut welk. Der Schlaf wurde wieder unruhig. Zu einer eingreifenderen Operation konnte man sich bei dem Zustande des Kindes nicht entschliessen, es wurden wieder Styptica gebraucht. Am 12. Tage nach Beginn der Blutung trat der Tod ein an Erschöpfung, ohne Convulsionen und dergleichen.

Sieht man sich in der Literatur um, so findet man nur spärliche Mittheilungen über diese Erkrankung und gewinnt fast den Eindruck, dass verschiedene Erkrankungen als Hauptsymptom die Nabelblutung aufweisen. Man könnte daher eine symptomatische und idiopathische Form der Nabelblutung unterscheiden. Die erstere ist eine schwere Allgemeinerkrankung, es gehen derselben verschiedene Störungen voraus, wie z. B. Icterus, und die Blutungen erfolgen nicht nur aus dem Nabel, sondern auch unter die Oberhaut, als Ekchymosen, in innere Organe (Hirnhäute, Lungen, Magen) in Hohlorgane (Mund, Nase, Ohren, After u. s. w.). Bei der idiopathischen Nabelblutung tritt dieselbe bei bis dahin ganz gesunden Kindern auf, die Blutung beschränkt sich nur auf den Nabel und die Kinder gehen, wie es scheint, direct in Folge des Blutverlustes zu Grunde. Beiden Formen gemeinsam ist aber die Unstillbarkeit der Blutung.

Ausser der Arbeit von Henning «die Nabelkrankheiten» in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. II. S. 101 und Runge «die Krankheiten der ersten Lebenstage» 1885 S. 110 waren mir folgende casuistische Fälle zugänglich: Reuter Geburtshilfl. Gesellschaft in Hamburg 1886 2 Fälle. 1) Normales, kräftiges Kind, am 6. Tage Abfallen der Nabelschnur, am 9. Tage Blutung, die trotz aller Maassregeln mit Unterbrechungen andauerte und am 13. Tage zum Tode führte 2) 11 Tage altes Kind, Blutung, Umstechung, Eisenchlorid ohne Erfolg, Tod am 14. Tage. Blutungsquelle lässt sich nicht entdecken.

Tross. Berl. klin. Wochenschrift 1888 № 41. Bei einem ganz normalen Kinde Eintritt der Blutung am 5. Tage. Umstechung ohne Erfolg. Umschnürung des Nabelringes stillte auf einige Zeit die Blutung, dann trat sie doch ein und das Kind starb am 2. Tage nach Eintritt der Blutung.

Albert Sippel Cent. f. Gynäkol. 1892 № 25. Am 11. Tage Auftreten der Nabelblutung bei einem bis dahin gesunden Kinde. Tod nach 48 Stunden.

Der Fall von Lefour (Referat. Centralbl. für Gynäkol. 1893 № 27) gehört nicht zu den spontanen Omphalorrhagien.

In allen diesen Fällen so wie auch in dem meinigen waren die Kinder bis zum Eintritt der Blutung ganz normal und kräftig. Dieser Umstand, der von allen besonders betont wird, spricht gegen die Annahme von Runge, dass die idiopathische Omphalorrhagie ein Symptom schwerer Allgemeinerkrankung des kindlichen Organismus sei. Es müssten doch vor der Nabelblutung schon Erscheinungen sein, die auf eine Allgemeinerkrankung schliessen lassen. Dass nach Eintritt der Blutung sich bald Anämie entwickelt, Gelbfärbung u. s. w. auftritt, ist wohl selbstverständlich, da Kinder bekanntlich Blutverluste sehr schlecht vertragen und die schweren Erscheinungen der Anämie, Oedeme, Somnolenz u. s. w. sehr bald bei denselben auftreten. In meinem Falle sprach gegen eine Allgemeinerkrankung auch der Umstand, dass in den 3 Tagen, wo die Blutung stand, das Kind sich auch wieder sichtlich erholte und dass sich der Zustand erst dann wieder verschlechterte, als die Blutungen wieder von neuem begannen.

Was der Grund der Unstillbarkeit der Blutung ist, bleibt räthselhaft: die Einstichsöffnung nach der Einspritzung der Kochsalzlösung blutete nicht, man muss daher einen ganz localen Grund suchen. Ein Offenbleiben der Nabelarterien ist nicht der Grund, die Art der Blutung hat nicht den Charakter arterieller Blutungen und wie Runge schon angiebt, ist der Versuch die Nabelgefässe aufzusuchen und zn unterbinden ganz zu verwerfen, da dies Verfahren die schlechtesten Resultate liefert. Eine temporäre Hämophilie muss angenommen werden, doch erklärt das nicht den Eintritt der Blutung

Nach Runge sind diese Blutungen am häufigsten bei 3 Krankheiten beobachtet worden, bei 1. congenitaler Syphilis, 2. bei Sepsis und 3. bei der Buhl'schen Krankheit. Im vorliegenden Falle konnte aber keine dieser Krankheiten als Grund angenommen werden. Syphilis konnte, wie auch in andern publicirten Fällen sicher ausgeschlossen werden, und Sepsis bei einem ganz gesunden und normalen Kinde, bei normal aussehender Nabelwunde, Fehlen localer Entzündungserscheinungen und Fehlen von Fieber anzunehmen, liegt doch gar zu fern. Die Buhl'sche Krankheit konnte ebenfalls ausgeschlossen werden. Was die Therapie anbetrifft, so muss dringend empfohlen werden, nicht zuerst die Styptica zu versuchen, weil sie sich immer als erfolglos erwiesen haben und jede folgende Blutung den Zustand des Kindes verschlimmert. Auch das Umnähen und Umstechen des Nabels führt nicht zum Ziele. Das einzige sichere Verfahren ist das von Dubois angegebene. Man durchsticht den Nabel mit 2 Karlsbader Nadeln, senkrecht zu einander, und umschnürt den ganzen Nabel mit einer Ligatur. Das abgeschnürte Stück gangränescirt allerdings, man gewinnt aber mehrere Tage Zeit und sollte es nach Abstossung des Schorfes wieder bluten, so würde ich nöthigen Falls die ganze Wundfläche excidiren und die neugebildeten Wundflächen mit versenkten Nähten aneinandernähen. Hält man sich am Anfang zu lange mit Eisenchlorid. ferr. candens u. s. w. auf, was sehr leicht geschieht, da die Krankheit ihrer Seltenheit wegen einen ganz unvorbereitet antrifft, so bringen die immer von neuem auftretenden Blutungen das Kind so herunter, dass dann auch ein geringer operativer Eingriff zu gefährlich erscheint. weil eine an und für sich unbedeutende Blutung dem blutlosen Kinde schon verhängnissvoll werden kann. Je mehr das Kind geblutet hat, um so dünnflüssiger wird das Blut, und um so schwerer gelingt die Blutstillung.

Mein Rath ist daher von vornherein keine Palliativmittel anzuwenden, sondern möglichst energisch vorzugehen: Umschnürung, Excidirung; vielleicht ändert sich dadurch die höchst ungünstige Prognose.



Referate.

W. Winternitz: «Zur physikalischen und diätetischen Behandlung der Magenkrankheiten. (Bl. f. klinische Hydrother. 1894, H. 2, 3).

Verf. demonstrirt an einem in der That sehr prägnanten Beispiel den ausgezeichneten Erfolg der Wasserkur gegen nervöse Dyspepsie auf neurasthenischer Grundlage, welche übrigens fast immer bestehen dürfte, hat sich doch seit Burkart der Name «Neurasthenia gastrica» für die nervöse Dyspepsie Leubes eingebürgert. Die Behandlung ist dem entsprechend vor allen Dingen gegen die allgemeine Neurasthenie gerichtet, ohne jedoch die localen Symptome ausser Acht zu lassen. In ersterer Beziehung wird man W. gerne beistimmen, wenn er sagt: «Hydrotherapie, Elektricität, Massage u. Gymnastik in Verbindung mit unbeschränktem Luft- und Sonnengenusse sind die mächtigsten Agentien zur Beeinflussung unserer gesammten Innervation». Als local äusserst wirksame Mittel werden erregende Leibbinden und kalte Sitzbäder angewandt. Da bei der nervösen Dyspepsie, wie auch der vorliegende Fall beweist, Magensaftfluss und Hyperacidität mit vollständiger Anacidität abwechseln können, so hat die Diät sich in diesen Fällen durchaus nach dem jeweiligen Verhalten der Magensaftproduction zu richten: Bei Hypersecretion, die sich auch klinisch durch Reizungssymptome, Schmerzen, Sodbrennen etc. kennzeichnet, wird eiweissreiche Kost gut vertragen, bei Armuth an Salzsäure, Hypo- oder Anacidität dagegen wird eiweissarme und amylaceenreiche Kost besser vertragen. (Verdauungskrankheiten aller Art gehören in der That zu den dankbarsten Aufgaben des Hydrotherapeuten Ref.). An einem zweiten Fall, der Anorexie und Anacidität, wahrscheinlich in Folge von venöser Stauung bei Herzleiden betraf, wurde bei kluger Ausnützung der physiologischen Wirkung des kalten Wassers in wenigen Tagen unter Besserung der Circulation eine vollständige Restitutio in integrum der Verdauung erzielt. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass das Auftreten oder die Verschlimmerung der Digestionsbeschwerden von W. als ein häufig von ihm beobachtetes Zeichen von Insufficienz der Magenmusculatur signalisirt wird. (Ich benutze die Gelegenheit, um dem noch vielfach verbreiteten Vorurtheil entgegenzutreten, als ob organische Herzfehler eine Gegenanzeige gegen Wasserkur abgebe. Im Gegentheil können dieselben ungemein häufig äusserst günstig durch Wasser und Massage beeinflusst werden. (Ref.). Buch (Willmanstrand).

H. Braun: Untersuchungen über den Bau der Synovialmembranen und Gelenkknorpel, sowie über die Resorption flüssiger und fester Körper aus den Gelenkhöhlen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 39).

Der anatomische Theil der Arbeit beschäftigt sich vorwiegend mit der Untersuchung der innersten Schicht der Synovialmembran, die vielfach für ein Endothel gehalten worden ist. Verf. schliesst sich der von His 1865 ausgesprochenen Ansicht an, dass diese sog. Intima kein von der übrigen Synovialmembran differentes Gewebe sei, sondern sich nur durch grösseren Zellenreichthum von dieser unterscheide. Die Intima stellt eine mehr oder weniger gefässhaltige Bindegewebsschicht dar, welche nicht nur die Synovialmembran, sondern auch die Gelenkflächen bis zu einer gewissen Ausdehnung bekleidet. Das verschieden weite Fortschreiten auf die freien Gelenkflächen hängt von mechanischen Momenten ab, indem die am meisten mechanischen Insulten, Reibung etc. ausgesetzten centralen Contactflächen der Gelenkenden nur von nacktem Knorpel überzogen sind, während weiter nach der Peripherie hin die oben erwähnte Bindegewebsschicht beginnt und fortschreitend an Dicke zunimmt. Dem entsprechend lässt sich auch keine freie Communication der Lymphgefässe der Synovialis mit der Gelenkhöhle nachweisen, wie das anzunehmen wäre, wenn die Gelenke den serösen Höhlen gleichgestellt und mit Endothel ausgekleidet wären.

Die experimentellen Untersuchungen des Verf. bestätigen seine Ansichten über den Bau der Synovialmembran. Nirgends hat Verf. eine directe Aufnahme durch Lymphgefässe der in die Gelenke injicirten Farbflüssigkeiten nachweisen können. Vielmehr dringen dieselben durch Diffusion in das Gewebe ein und färben dasselbe ganz diffus. Auch Aufschwemmungen körniger Farbstoffe (Tusche) rufen eine diffuse Färbung der Synovialmembran hervor, indem der Farbstoff zum Theil direct von der innersten Zellschicht und von Wanderzellen aufgenommen wird. Ein anderer Theil lagert sich an der Synovialmembran an und wird von Fibringerinnseln eingeschlossen, die allmählich vascularisirt und organisirt werden. Später findet man dann den Farbstoff in Wanderzellen wieder, die ihn dann schliesslich den Lymphgefässen zuführen. Der Uebergang sowohl der flüssigen als auch der körnigen Farbstoffe in das Lymphgefässsystem wird durch Gebrauch der Gelenke und durch Massage in hohem Grade beschleunigt. Abbildungen und Wiedergaben von Photogrammen erläutern den Text.

Wold. Fick.

E. Becker: Ueber Darmresectionen. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 39).

Verf. hat 33 Fälle von Darmresectionen zusammengestellt, die im letzten Decennium an der Bonner Klinik und im St. Johannishospital in Bonn von Trendelenburg ausgeführt worden sind. Es handelt sich um 17 männliche und 16 weibliche Individuen von 9—69 Jahren. Unter den 33 Fällen sind 24 Heilungen zu verzeichnen.

Die Resection wurde ausgeführt:

a. 16 Mal wegen inarcerirter Hernien und anus praeternaturalis.

Hierbei ergab die secundäre Resection 82 pCt. Heilungen, die primäre 60 pCt.

b. wegen Ileus 2 Mal mit einem Todesfall.

c. wegen perityphlitischer Kothfistel 4 Mal, wobei sämmtliche Patienten genasen.

d. wegen Kothfistel nach Ruptur des Colon 1 Mal. Heilung.

e. 3 Mal wegen tuberculöser Darmstenose. 2 Todesfälle.

f. 6 Mal wegen bösartiger Darmgeschwülste. 2 Todesfälle nach der Operation.

g. In einem Falle endlich wurde der Proc. vermiformis bei Gelegenheit einer Radicaloperation einer Hernie resecirt.

Verf. behandelt im Allgemeinen das Verfahren an der Bonner Klinik: die Vorcur, die Beckenhochlagerung, die Operationsmethoden und speciell Trendelenburg's Verfahren bei der Beseitigung des anus praeternaturalis. Hier sei nur hervorgehoben, dass in letzter Zeit in allen Fällen die Bauchhöhle durch Gazestreifen drainirt wurde, die am 10.—12. Tage entfernt wurden. (Kothfisteln!).

Die 33 Krankengeschichten bilden den Schluss der Arbeit. In einem Nachtrag berichtet Verf. noch über 3 Darmresectionen, die nach Abschluss der Arbeit ausgeführt worden sind. Wold. Fick.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Schmidt-Rimpler (Goettingen): Augenheilkunde und Opthalmoskopie. Wreden's Samml. medicinischer Lehrbücher. Bd. X. Sechste verbesserte Auflage. Wreden's Verlag 1894.

Die Vorzüge dieses mit Recht so verbreiteten und beliebten Lehrbuches haben wir bei Gelegenheit früherer Auflagen bereits mehrfach hervorgehoben; eine besondere Empfehlung dieser neuen Auflage erscheint daher kaum noch erforderlich. Die Eintheilung des Stoffes ist dieselbe geblieben, der Umfang des Buches hat, bei etwas grösserem Format, nicht zugenommen. Auch in seiner äusseren Gestalt hat das wohlbekannte und altgewohnte Lehrbuch sich nicht sonderlich verändert. Nur die farbigen ophtalmoskopischen Bilder haben eine Vermehrung und weitere Verbesserung erfahren: an Stelle der einen Tafel sind deren zwei mit 12 wohlgelungenen Bildern getreten. Die übrige Austattung des Buches ist nach wie vor eine sehr gute.

B.

A. Pinner: Repetitorium der organischen Chemie. 10. Auflage. Berlin. R. Oppenheim (G. Schmidt) 1894.

Manchem Leser dieser Wochenschrift aus jüngerer Zeit wird noch aus der Studienzeit obiges Lehrbuch in Erinnerung sein, das mit besonderer Rücksicht für Studirende der Medicin abgefasst ist und nun schon in der zehnten Auflage vorliegt. In der Anordnung des Stoffes weicht die neue Auflage von den früheren kaum ab, den neuen Errungenschaften ist, soweit es der Rahmen dieses Büchleins gestattet, genügend Rechnung getragen. Die organische Chemie enthält eine Reihe von chemischen Körpern welche in früherer und jüngster Zeit in den Arzneischatz einverleibt sind, daher kann das Buch auch dem praktischen Arzt von Nutzen sein, wenn er sich über die Zugehörigkeit, chemische Zusammensetzung oder Darstellung eines Arzneimittels orientiren will. Lingen.

K. Hoor (Budapest): Prophylaxe und Beseitigung des Trachoms in der k. u. k. oesterreichisch-ungarischen Armee. Wien. Josef Safar. 1893. 76 S.

Wenn das Trachom heutzutage auch nicht mehr jene schreckliche Geissel darstellt, als welche es zu Anfang unseres Jahrhunderts in Gestalt der sog. «Ophthalmia militaris, aegyptica» in allen europäischen Heeren auftrat und sich durch diese über ganz Europa verbreitete — so ist es doch immer noch die verbreitetste Augenkrankheit und insbesondere eine Plage des Militär's und der Militärärzte.



Bekanntlich ist auch bei uns in Russland das Trachom besonders stark verbreitet, in manchen Theilen des Reiches sogar in erschreckendem Umfange und Grade; ist es doch bei uns zu Lande die bei weitem häufigste Ursache der Blindheit! Eine besondere Bedeutung gewinnt aber diese Krankheit für die Armee: alljährlich wird mit den Rekruten ein neues Contingent von Trachomkranken den Truppen eingereiht; unzählige Soldaten, die gesund eingetreten, werden im Dienst inficirt und dadurch zeitweilig oder auch dauernd dienstuntauglich gemacht; andere werden. mit Trachom behaftet, aus der Armee ins bürgerliche Leben entlassen und tragen ihrerseits zur weitern Verbreitung der Krankheit in der Civilbevölkerung bei. So ist es begreiflich, dass die Verhütung und Bekämpfung des Trachoms bei den Truppen unsere Militärärzte unausgesetzt interessirt und beschäftigt, und dass auch unsere militär-medicinische Literatur reich ist an Arbeiten über diesen Gegenstand. Das vorliegende Buch, welches sich mit den einschlägigen Verhältnissen in der oesterreichisch-ungarischen Armee beschäftigt, dürfte unter solchen Umständen auch bei uns, insbesondere bei unsern militärischen Collegen, mit Interesse aufgenommen werden; eine Uebersetzung desselben ins Russische wäre durchaus zu wünschen. Wenn auch die in der oesterreichisch-ungarischen Armee ergriffenen Maassregeln, die vom Verf. eingehend besprochen werden, gewiss nicht ohne Weiteres auch auf die russische zu übertragen sein werden, so wird das Studium dieses Buches doch gewiss manche praktische Hinweise und Stoff zu interessanten Vergleichen geben. Die ersten Capitel des Buches, in welchen die Geschichte. Aetiologie, Differential-Diagnose und Behandlung des Trachoms abgehandelt werden, bieten zugleich ein allgemeines Interesse dar.

Die Ausstattung des Buches ist eine gute. B.

L. v. **Hoffer**: Klinische Propädeutik. Graz. Leuschner und Lubensky. 1894.

Verfasser giebt, dem Wunsche seiner Zuhörer nachgebend, dieses kleine Büchlein heraus, wobei er sich, wie er im Vorwort sagt, dessen wohl bewusst ist, dass ein dringendes Bedürfniss nach einem Leitfaden auf diesem Gebiet nicht vorliegt, da es der Werke, welche diesen Stoff behandeln, nicht wenige giebt. Es ist daher nicht möglich, wesentlich Neues zu bieten. Das Lehrbuch enthät die klinischen Untersuchungsmethoden mit einer kurzgefassten Diagnostik der wichtigsten Lungen- und Herzkrankheiten, ist in leichtfasslicher Form geschrieben und weist dem Anfänger den Weg zu einer systematischen klinischen Untersuchung der einzelnen Organe. Vermissen wird dieser vielleicht die Anleitung zur Methode der Färbung von Sputa, Gonococcen etc. was doch wohl in einem modernen Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden der Berücksichtigung werth ist. Lingen.

Dr. Paul **Börner**'s Reichs-Medicinalkalender für Deutschland auf das Jahr 1895. Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe. Leipzig, Verl. von G. Thieme. I. Theil.

Dieser altbewährte und vollständigste deutsche medicinische Kalender, dessen neuer Jahrgang in Folge Ablebens des früheren Redacteurs, Sanitätsraths Dr. S. Guttmann, von Prof. Eulenburg und. Dr. Schwalbe herausgegeben worden ist, enthält wiederum ausser dem Calendarium und Notizbuche in reicher Fülle Auskünfte, welche der Arzt in seiner Praxis braucht. Beigegeben sind dem Kalender auch diesmal in einem 175 Seiten starken Büchelchen 12 instructive kurze Essay's, von denen der grössere Theil neu ist, so z. B. ein Abriss der geburtshülflichen Operationslehre (mit 23 Abbildungen) von Privatdocenten Dr. Freund in Strassburg; dermatotherapeutische Notizen aus Prof. Dr. Lassar's Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis; Grundzüge der bacteriologischen Untersuchung vom Privatdocenten Dr. C. Günther in Berlin; ein kurzer Abriss der Diagnostik und Therapie der Fracturen von Privatdocenten Dr. Hoffa in Würzburg und dergl. mehr. Abnehmern dieses Reichs-Medicinal-Kalenders werden noch Prof. Guttstadts «Deutsches Gesundheitswesen», enthaltend die Organisation und Gesetzgebung des deutschen Reiches (2 Theile, 73 Bogen stark) zum Vorzugspreise von 12 Mark (statt 20 M.), sowie ein Heft kurzgefasster Abhandlungen über wichtige Kapitel aus der medicinischen Praxis, wie Wärmemessung, Harnanalyse, Wundbehandlung, Impftechnik, Krankendiät, Diagnostik der Zahn- Magen- und Rückenmarkskrankheiten u. s. w. für eine Mark geliefert.

Druck, Papier und die äussere Ausstattung (Ledereinband mit Verschlussklappe) sind tadellos.

Der II., gewöhnlich etwas später erscheinende Theil, welcher die wichtigsten sanitären Gesetze und Verordnungen für das deutsche Reich. sowie die Personalien des deutschen Medicinalwesens enthält, ist uns noch nicht zugegangen.

Bernhoff.

Erwiderung des Herrn Rectors der Universität Jurjew (Dorpat) auf den Schmähartikel der «Московскія Вѣдомости.»

In der № 352 der «Московскія Вѣдомости» vom 23. December d. J. findet sich folgendes, an den Herausgeber der genannten Zeitung gerichtetes Schreiben des Herrn Rectors der Jurjewer, früheren Dorpater Universität, abgedruckt:

«Hochgeehrter Herr! Ich halte es für meine Pflicht zu erklären, dass die in der Jurjewer Correspondenz der «Московскія Вѣдомости» (№ 318) gegen etliche Professore der medicinischen Facultät der mir anvertrauten Universität gerichtete Beschuldigung, als hätten sie sich Missbräuche bei der Erhebung des Honorars für die Privatissima zu Schulden kommen lassen, eine vollständig falsche Beurtheilung solcher Verordnungen (порядковъ) darstellt, die eine gesetzliche Grundlage besassen. Und zwar stützten sie sich auf Art. 29 Pct. 8. und 61. des (Allerhöchst bestätigten d. Red.) Universitätsstatuts vom Jahre 1865 und auf die auf dasselbe gegründeten «Vorschriften für die Studirenden». (Beilage A §§ 1. und 8. der Ausgabe von 1885). Nach diesen Vorschriften, welche auf gesetzlicher Grundlage vom Conseil der Universität aufgestellt und vom Curator des Lehrbezirks bestätigt waren, besassen die Lehrbeamten der Universität das Recht «nach eigenem Ermessen» das Honorar für die Privatissima zu bestimmen, wie das auch in anderen deutschen Universitäten üblich ist. Erst seit der im Winter 1893 erfolgten Veröffentlichung der «Neuen Vorschriften für die Studirenden» der hiesigen Universität ist diese Freiheit der Lehrbeamten in der Bestimmung des Honorars für die Privatissima beschränkt worden, entsprechend den Normen die in den übrigen russischen Universitäten gelten laut Art. 129 des Statuts vom Jahre 1884. In Folge dessen halten sich nunmehr auch die hiesigen Professore an diese Normen.

Rector der Kaiserlichen Universität Jurjew:
A. Budilowitsch.»

Nach dieser autoritativen Erklärung halten wir den in № 48 unserer Wochenschrift besprochenen unerfreulichen Zwischenfall für erledigt. D—o.

Die feierliche Einweihung einer neuen chirurgischen Baracke im hiesigen Evangelischen Hospital

fand am 27. December statt. Dieser Neubau war schon seit längerer Zeit für das Hospital zu einem dringenden Bedürfniss geworden. Wenn auch das Evangelische Hospital bisher gezeigt hat, wie man mit geringen Mitteln auskommen kann, ohne dass die Leistungen hinter denen reicher dotirter Anstalten irgend wie zurückzustehen brauchen, so mag sich doch bei den an ihm Arbeitenden häufig das Gefühl des Unbefriedigtseins geregt haben. wenn sie sich sagen mussten, dass die Räumlichkeiten und Einrichtungen, die für chirurgische Patienten zur Verfügung standen, nicht ganz den hohen Anforderungen entsprachen, die man heutzutage zu stellen gewohnt ist. Mit lebhafter Freude und herzlicher Dankbarkeit musste es daher begrüsst werden, dass durch die Munificenz hochherziger Gönner des Hospitals die nicht geringen Mittel zusammenkamen, die den Neubau einer chirurgischen Abtheilung ermöglichten.

Die neue Abtheilung, durch einen warmen Corridor mit dem Hauptgebäude verbunden, besteht aus einem allgemeinen Krankensaal mit 12 Betten, 6 separaten Krankenzimmern, einem Speise- und Recreationssaal für die Patienten, einem Operationszimmer, einem Verbandzimmer, einem Zimmer für die chirurgische Schwester und den nothwendigen Bade- und Waschräumen. In den geräumigen, freundlichen und anheimelnden Krankenzimmern ist für Licht, Ventilation und Heizung in allerbester Weise gesorgt. Geradezu glänzend sind das Operations- und das Verbandzimmer eingerichtet. Das Licht hat sehr reichlichen Zutritt. Die Fussböden aus Mettlacher Fliesen, die mit weisser Oelfarbe gestrichenen Wände und Decken, ebenso die ausschliesslich aus Eisen. Glas und Marmor construirten Waschtische, Instrumentenschrank, Instrumententische, Operationstisch, Flaschenständer etc. etc. können leicht und sicher in chirurgischem Sinne «rein» erhalten werden. Für die Sterilisation des Verband- und Nahtmaterials und der Instrumente sind vorzüglich praktische und genügend grosse Apparate vorhanden. Es ist mithin Alles gethan, was die moderne Chirurgie von der Prophylaxe — hier «Asepsis» genannt — fordert und soweit die Erfolge der operativen Chirurgie von der Asepsis abhängen, ist hier jede Garantie geboten.

Ihre Kaiserlichen Hoheiten die Grossfürstinnen Maria Pawlowna und Jelisaweta Mawrikijewna und viele hochgestellte Persönlichkeiten beehrten das Einweihungsfest am 27. December mit ihrer Gegenwart. Die Feier begann mit einem Gottesdienst in der Hospitalkirche, an die sich die Besichtigung des Neubaues anschloss; die Schwestern des Hospitals hatten es sich nicht nehmen lassen, ihre Gäste zum Schluss zu bewirthen.

Wir schliessen uns den vielfach geäusserten Glückwünschen von Herzen an, indem wir der Hoffnung Ausdruck geben, die neue chirurgische Abtheilung des Evangelischen Hospitals möge erfolgreich arbeiten, sich kräftig entwickeln und ihre Segnungen einer möglichst grossen Zahl von Kranken zu Theil werden lassen.

Vermischtes.

— Unser Landsmann, der frühere Hofaccoucheur Dr. Paul Lieven, dessen Gesundheitszustand sich in erfreulicher Weise gebessert hat, ist in den Weihnachtsfeiertagen aus seinem neuen Wohnsitze Stuttgart in St. Petersburg eingetroffen und wird hier einige Wochen verweilen.

— In der letzten Conferenzsitzung der militär-medicinischen Academie ist von den zahlreichen, bereits früher von uns namhaft gemachten Candidaten der Privatdocent der Academie, Dr. W. N. Ssirotinin, welcher gegenwärtig als Oberarzt des Hospitals der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern hierselbst fungirt, zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie, welchen Lehrstuhl der verstorbene Professor N. Ssokolow inne hatte, gewählt worden.

— Der bekannte Physiker Prof. Kohlrausch in Strassburg ist als Nachfolger v. Helmholtz in der Leitung der physikalisch-technischen Reichsanstalt in Berlin berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Prof. Finkler in Bonn hat die Berufung als Professor der Hygiene nach Marburg, wie die «Allg. med. Centr. Ztg.» erfährt, abgelehnt.

— Ernannt: Der Oberarzt des Militärhospitals in der Festung Nowo-Georgiewsk, wirkl. Staatsrath Dr. Popow — zum Corpsarzt des 5. Armeecorps; der Brigadearzt der 51. Infant.-Reservebrigade Staatsrath Dr. Keldysch — zum Corpsarzt des 19. Armeecorps; der 2. Geschäftführer der gerichtlich-medicinischen Abtheilung des Medicinaldepartements, Hofrath Grebentschikow — zum Geschäftsführer der Abtheilung für Epidemiologie und Statistik dieses Departaments; der jüngere Geschäftsführer des Medicinaldepartements, Hofrath Freyberg — zum 2. Geschäftsführer der gerichtlich-medicinischen Abtheilung.

— Bestätigt im Amte; der stellvertretende Oberarzt des Hofhospitals in Zarskoje Sselo, wirkl. Staatsrath Dr. Dantschitsch.

— Verstorben: 1) Am 9. December in Lodz der dortige freipracticirende Arzt Jakob Garfunkel im 39. Lebensjahre an einem Nierenleiden. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, nachdem er vorher den Cursus im Veterinärinstitut absolvirt hatte. Da er seine Praxis meistentheils unter der armen Bevölkerung hatte, so hat er seine Frau mit zwei Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 2) In Warschau der ältere Arzt des örtlichen 4. Festungsbataillons, Adam Nemitz, im Alter von 57 Jahren. 3) Am 15. December in Moskau der Director des Hospitals für unheilbare Kranke bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern «Utoli moja petschali», Dr. D. A. Korssakow, im 42. Lebensjahre. 4) In Ssary-Jasy (Transkaspigebiet) der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths Alexander Pletnew im 45. Lebensjahre. Seine ärztliche Thätigkeit begann er im Jahre 1876.

— Am 19. December n. St. feierte in Schwerin der grossherzogliche Leibarzt, Geh. Med.-Rath Dr. Mettenheimer, seinen 70. Geburtstag. M. hat sich grosse Verdienste um die öffentliche Gesundheitspflege und namentlich um die Seehospize für kranke Kinder erworben.

— Nach dem Jahresbericht über die Thätigkeit der hiesigen militär-medicinischen Academie für das Studienjahr 1893/94 belief sich im verflossenen Jahre der Personalbestand der Academie: auf 5 Academiker, 21 ordentliche und 11 ausserordentliche Professoren, 11 Prosectoren, 3 Laboranten und 77 Privatdocenten (von denen jedoch nur 31 Vorlesungen hielten). Der Academie waren 18 Aerzte behufs weiterer Vervollkommnung zucommandirt. An gelehrten Graden und Würden wurden von der Academie ertheilt: der Grad eines Dr. med. — an 126 Personen, die Würde eines Kreisarztes — an 4 Personen, die Würde eines Zahnarztes — 11 Pers., eines Dentisten — an 18 Pers. einer Accoucheuse — 1 Pers., einer Hebamme — 290 Pers., den Grad eines Magisters der Pharmacie — 1 Pers., eines Provisors — 20 Pers. und eines Apothekergehülfen — an 70 Personen. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug zu Beginn des Studienjahres 578, neu aufgenommen wurden 172 Studirende und den Cursus absolvirten mit dem Arztgrade 148 Studirende, darunter 67 mit dem Prädicat «cum laude». Vier Studenten erhielten für ihre vorgestellten Arbeiten goldene Medaillen und Prämien.

— Prof. Otto Heubner, Director der Klinik für Kinderkrankheiten an der Charité in Berlin, ist zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt worden. Bisher wurde die Kinderheilkunde an den preussischen Universitäten immer als Nebenfach betrachtet und noch der Vorgänger Heubner's, Dr. Ed. Henoch, der Senior der deutschen Kinderärzte, war nur ausserordentlicher Professor. An den preussischen Universitäten existiren auch nur in Berlin und Breslau Kliniken für Kinderkrankheiten.

— Auf Anregung des deutschen Kaisers wird dem kürzlich verstorbenen genialen Physiker und Physiologen Helmholtz ein Denkmal in Berlin errichtet werden, wahrscheinlich auf einem Platz in der Nähe des Universitätsgebäudes. Der Kaiser hat eine Beisteuer im Betrage von 10,000 Mark zu dem Denkmal zugesagt. Ebenso soll dem berühmten Berliner Kliniker Prof. Ludwig Traube, der lange Zeit als klinischer Lehrer an der Charité gewirkt hat, jetzt fast zwanzig Jahre nach seinem Tode, im Hofe des Charité-Krankenhauses ein Standbild errichtet werden. Das Modell ist bereits fertiggestellt. (A. m. C.—Ztg.).

— Dr. Hermann Weber, der hochgeachtete Vertreter deutscher Wissenschaft in London, hat dem Royal College of Physicians die Summe von 50,000 Mark zur Verfügung gestellt zur Gründung eines alle 2 bis 3 Jahre zu vertheilenden Preises für die beste Arbeit über Tuberculose. Die Preisschriften können die Aetiologie, Pathologie, Verhütung und Behandlung der Krankheit betreffen. Das Collegium hat eine Commission niedergesetzt, um die näheren Bestimmungen über die Stiftung mit Dr. Weber zu vereinbaren. Die Stiftung wird zur Erinnerung an den Hygieniker Edmund Alexander Parkes dessen Namen tragen.

— Vom Ministerium der Volksaufklärung sind die Bestimmungen der von dem verstorbenen Arzt Nadeshinski und seiner Wittwe ausgesetzten Prämie bestätigt worden. Die Prämie, bestehend aus den Zinsen eines Kapitals von 6500 Rbl., gelangt alle vier Jahre zur Vertheilung für die besten Arbeiten über Hygienie und Desinfection bei Epidemien. Zum ersten Mal gelangt dieselbe am 29. December 1897 zur Vertheilung. Die volle Prämie beträgt 900 Rbl., doch kann dieselbe auch getheilt werden. (Her.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. December d. J. 6548 (59 weniger als in der Vorwoche), darunter 211 Typhus — (15 mehr), 755 Syphilis — (4 wen.), 113 Scharlach (20 wen.), 41 Diphtherie — (= d. Vorw.), 25 Masern (13 wen.) und 8 Pockenkranke (7 weniger).

Am 24. December betrug die Zahl der Kranken 6261 (287 weniger), darunter 194 Typhus — (17 weniger). 677 Syphilis — (78 wen.), 128 Scharlach — (15 mehr), 35 Diphtherie — (6 weniger), 21 Masern — (4 wen.) und 13 Pockenkranke (5 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Kamyschin (Gouv. Ssaratow) vom 1. Jan. 1895 in einem neu creirten medicinischen Bezirk mit russischer und deutscher Bevölkerung. Es ist daher Kenntniss der deutschen Sprache wünschenswerth. Gehalt 1200 Rbl. welches alljährlich um 50 Rbl. erhöht wird, bis 1500 Rbl. als jährl. Gage erreicht sind. Adresse: «Камышинская Земская Управа»

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Berdjansk (Taurien). Geh. 1200 R. und 200 R. Quartiergeld. Adresse: «Бердянская Земская Управа.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. December 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
284	236	520	120	38	70	15	7	12	46	46	34	47	38	31	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 1, Scharlach 11, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 74, Todtgeborene 18.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 3. Januar 1895.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1895.

Дозв. ценз. Спб. 31 Декабря 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1894.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii. (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtliche Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina. (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgitscheskij westnik. (Chirurgische Zeitschrift).
Medicina. (Medicin).
Medicinskoje obosrenje. (Medicinische Rundschau).
Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Praktitscheskaja Medicina. (Praktische Medicin).
Russkaja Medicina. (Russische Medicin).
Semskij wratsch. (Der Landarzt).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoi psichiatrii i neiropatologii. (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediciny. (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medicinskij shurnal. (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch. (Der Arzt).

Medicinskoje Obosrenje № 19—24.

(Schluss).

H. Sachs: «Zur Casuistik der Abdominaltumoren». (№ 19).

Verf. beschreibt 2 von ihm beobachtete Fälle: 1) Dermoidcyste des Ovarium, 2) Leberechinokokkus. In dem ersten Fall wurde die Diagnose auf einen vereiterten Leberechinokokkus gestellt, weil die in der Leibeshöhle constatirte cystische Geschwulst Eiter enthielt und mit der Leber in Verbindung stand, dagegen mit den Geschlechtsorganen in keinem Zusammenhange war. Bei der Operation erwies sich der Tumor als eine Dermoidcyste, die theils mit der Bauchwand, theils mit der unteren Leberfläche, theilweise auch mit dem Darm fest verwachsen war. Wegen der vielfachen Adhaesionen konnte Verf. den ganzen Sack nicht exstirpiren, und nähte desshalb einen Theil der Sackwandung an den Rändern der Bauchwunde an. Patientin erholte sich bald nach der Operation, und die Wunde schloss sich allmählich. Im 2. Fall bestand eine vereiterte Leberechinokokkengeschwulst; wegen des schweren Zustandes der Patientin musste die Operation einzeitig ausgeführt werden. Resultat — völlige Wiederherstellung. Beiden Krankengeschichten fügt Verf. einige diagnostische Bemerkungen hinzu.

M. Blumenau: «Zur Casuistik der Mediastinalsarcome und über das Fieber bei den in Organhöhlen sich entwickelnden Sarcomen». (№ 19).

Verf. beschreibt einen Fall von Lymphosarcom im vorderen Mediastinum, wobei im Verlaufe der Krankheit eine wellenförmige Erhebung der Körpertemperatur beobachtet wurde. Die Diagnose wurde schon zu Lebzeiten des Patienten gestellt, dank der frühzeitigen Hervorwölbung des Thorax und der mikroskopischen Untersuchung der durch Punction erhaltenen Saftmasse. Während des ganzen Verlaufes der Krankheit bestand Fieber von intermittirendem und remittirendem Typus, auch wurde ab und zu der Typus inversus beobachtet. Verf. meint, dass das Bestehen des Fiebers dafür spreche, dass die Lymphosarcome infectiösen Ursprunges sind.

S. Cholmogorow: «Ueber die totale vaginale Uterusexstirpation». (№ 20).

Verf. giebt zunächst einen ausführlichen Bericht über die in der Literatur bekannten Fälle von totaler vaginaler Uterusexstirpation und führt dann 32 Fälle an, die an der Moskauer geburtshülflichen Anstalt ausgeführt worden sind (darunter 9 vom Verf.). Alle operirten Patientinnen blieben am Leben mit Ausnahme einer Einzigen, die nach der Operation sich zwar erholte, jedoch später an Periphlebitis erkrankte und schliesslich ihrem Grundleiden erlag (carcinomatös degenerirte Ovarien blieben zurück). Ueber das weitere Schicksal der operirten Kranken konnte Ch. Folgendes erfahren: 2 Fälle waren bereits länger als 4 Jahre gesund geblieben, länger als 3 Jahre gesund — 1 Fall; 1 Jahr gesund — 2 Fälle; nach 5 Monaten — 2; Recidive nach 2 Monaten in einem Falle; Recidive nach 3 Monaten in 2 Fällen; nach 6 Monaten bei 3 Fällen.

G. Ssolowjew: «Ueber Unterbrechung der Schwangerschaft bei chronischen Herzfehlern». (№ 20).

Auf Grund seiner Erfahrungen schliesst Verf. Folgendes: 1) Die Veränderungen im Circulationssystem, die durch die Schwangerschaft bedingt sind, machen sich sowohl bei gesundem, als auch bei krankem Herzen geltend. 2) Bei vielen Schwangeren treten Herzgeräusche auf, die später, nach Beendigung der Schwangerschaft, verschwinden. 3) Die Geräusche bei organischen Herzfehlern sind viel beständiger, und intensiver, als die, welche nur durch die Gravidität hervorgerufen werden, dabei treten noch gewöhnlich andere, zuweilen recht gefährliche Circulationsstörungen auf. 4) Eine solche Gravide mit organischem Herzfehler muss desshalb immer unter der Beobachtung eines Arztes stehen. 5) Die Prophylaxis hat zu sorgen, dass die Gravidität in solchen Fällen garnicht zu Stande kommen soll. 6) Therapeutisch sind dieselben Maassnahmen, wie sie überhaupt bei Herzfehlern angewandt werden, zu empfehlen — also völlige Ruhe, Milchkur, digitalis, adonis vernalis, Coffein, Strophantus etc. 7) Schlagen diese Mittel nicht an, so muss sofort die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft eingeleitet werden. 8) Die künstliche Frühgeburt bietet dank den in der letzten Zeit ausgebildeten technischen Handgriffen keine wesentliche Gefahr, weder für die Mutter, noch für das Kind. 9) In besonders schweren Fällen soll man vor dem künstlichen Abort, wenn auch in vorgeschrittenen Stadien der Gravidität, nicht zurückschrecken. 10) Chloroform soll keineswegs bei Einleitung einer Frühgeburt angewandt werden.

S. Troitzky: «Zur Casuistik der periodischen Haematurie». (№ 20).

Verf. beschreibt die Krankengeschichte eines Collegen, der bereits 5 Jahre lang an periodischer Haematurie gelitten hat. Aetiologisch wurden Syphilis und Malaria festgestellt. Zunächst traten gewöhnlich die Attaquen der Haematurie zu gleicher Zeit mit den Intermittensanfällen auf, später aber war diese Coincidenz der Erscheinungen nicht mehr nahweisbar. Therapie: Jodkalium, Ergotin.

N. K. Rudnew: «Ueber die Behandlung der Dysenterie mit Clysmen aus Sublimat oder Lysol». (№ 20).

Verf. gebraucht seit 1890 Sublimatclysmen (1:6000). Zur Behandlung der Dysenterie. Im Jahre 1892 brach im Militärhospital zu Lublin eine Dysenterie-Epidemie aus, und da bewährte sich diese Behandlungsmethode vortrefflich. Neuerdings wendet R. auch Lysolklystiere 1%) an, welche ebenfalls von grossem Nutzen sein sollen, dabei hat dieses Mittel den Vortheil, dass es sehr billig ist.

N. Korolew: «Ueber Naphtalin beim Keuchhusten». (Nr. 21).

Verf. hat im Chludow'schen Kinderhospital zu Moskau die von Chavernac empfohlene Behandlungsmethode mit Naphtalindämpfen erprobt. Die Einathmung geschah 4—5 mal täglich, wobei 15—20,0 verbraucht wurden; dabei muss, worauf auch Kraismann schon aufmerksam gemacht hat, genau beachtet werden, dass die Substanz nicht anbrenne. Die Resultate waren insofern zufriedenstellend, als es in einigen Fällen gelang die Anfälle zu coupiren, daneben waren aber auch Fälle, wo diese Therapie gar keinen Nutzen brachte.

A. Pospjelow: «Der gegenwärtige Stand in der Pathogenese und Therapie des Myxoedems». (№ 22).

Vortrag gehalten im Verein der Moskauer dermatologischen Gesellschaft, enthält einen Ueberblick über die umfangreiche Literatur des Myxoedems.



A. Pospjelow: «Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxoedem syphilitischen Ursprunges». (№ 22).

Ein 45-jähriger Herr acquirirte im September 1885 Syphilis, die in den folgenden Jahren sich vielfach kund gegeben hatte (roseola, papulöses Syphilid, psoriasis palmaris etc.). In den Jahren 1890 und 91 traten gummöse Infiltrate auf, gleichzeitig bemerkte Patient, dass er sehr viel zu trinken anfing und grosse Harnquantitäten entleerte. Die tägliche Harnmenge betraf 6—8 Liter, Zucker war nicht vorhanden, specifisches Gewicht = 1008. Allmählich stellten sich auch Veränderungen der Haut ein; dieselbe bot das für Myxoedem charakteristische Aussehen. Nach subcutanen Sublimatinjectionen und gleichzeitiger Verabreichung von Jodammonium ging der Diabetes insipidus prompt zurück, jedoch blieben die Erscheinungen der Sclerodermie und ein fortwährendes Gefühl des Frierens zurück. Gleichzeitig mit dem Auftreten des Diabetes insipidus machten sich eine gummöse Orchitis und eine elastische, haselnussgrosse Geschwulst über der cartilago thyreoidea geltend; letztere Geschwulst führt Verf. auf eine syphilitische Affection der sog. glandulae parathyreoideae zurück. Nachdem der Diabetes durch eine specifische Cur beseitigt worden war, versuchte Verf. gegen das Myxoedem anzukämpfen; er verabreichte dem Patienten frische Ochsenschilddrüsen (30—60,0 täglich, gut zerhackt). Bald nach Beginn dieser Cur stellten sich Schweisse ein, das Gefühl des Frierens schwand, die Schwellung des Gesichts und der Hände nahm rasch ab. Eine erneuerte mercurielle Behandlung brachte schliesslich vollständige Heilung. Verf. ist der Meinung, dass sowohl der Diabetes insipidus, als auch das Myxoedem in diesem Falle luetischen Ursprunges waren.

A. Tschernogubow: «Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Thyreoidin». (№ 22).

Auf Grund der Empfehlungen von Bramwell hat Verf. Schilddrüsenextract bei Psoriasis versucht, er verordnete es à 0,6 2 mal täglich (über die Zubereitung des Thyreoidins werden keine Angaben gemacht). Ein Patient bekam im Verlaufe von 17 Tagen 20 Gramm der Substanz. Verf. fand, dass das Thyreoidin auf den cutanen Process unzweifelhaft einwirkt, es tritt eine rasche Resorption der Infiltrate, dabei eine starke Abschuppung ein; andrerseits aber werden sehr unangenehme Nebenwirkungen bemerkt, die sehr grosse Vorsicht bei der Verordnung des Mittels erheischen, so starke Herzschwäche, Zuckungen am ganzen Körper, Schwindelgefühl. Jedenfalls wäre es erwünscht die Substanz rein darzustellen.

A. Lanz: «Eine neue Methode zur Färbung der Gonokokken». (№ 22).

Die Deckgläschen mit dem fixirten Secret werden auf 1/2 bis 1 Minute in eine Lösung von acidum trichloraceticum 5,0 aq. destillat. 20,0 gelegt, wobei das Secret sofort eine weisse Farbe bekommt; darauf werden die Gläschen im destillirten Wasser abgespült, getrocknet und auf 2—5 Minuten in eine Methylenblaulösung gebracht (zu 30 ccm. destillirten Wassers werden 1—2 Tropfen 5%-iger Kalilauge hinzugefügt und dann eine gesättigte alkoholische Methylenblaulösung bis zur dunkel-blauen Färbung der Flüssigkeit). In dieser Weise behandelte Präparate sind sehr dauerhaft, können Jahre lang aufbewahrt werden. Die Gonokokken erscheinen in diesen Präparaten zwar kleiner, doch sind die Contouren sehr klar, die Zellen sind schwach blau gefärbt, die Gonokokken intensiv dunkel-blau.

E. Skalosubow: «Ein Fall von Elephantiasis Arabum». (№ 23).

Die Elephantiasis entwickelte sich an der linken unteren Extremität bei einem Leprösen.

L. Mursin: »Ein Fall von völligem Fehlen des Uterus». (№ 23).

W. Potejenko: «Der wässrige Auszug der Baumwollenrinde als Stypticum». (№ 23).

Verfasser hat seit dem Jahre 1890 das Extractum fluidum gossypii herbacei bei verschiedenartigen Blutungen verwendet. Die Resultate seiner Beobachtungen sind folgende: das Extract ist ein sehr gutes Stypticum, das den Magen durchaus nicht angreift, im Gegentheil die Verdauung sogar anregt; es kann mit Nutzen angewandt werden bei Blutungen der Gebärmutter während der Schwangerschaft, ferner bei Nasenblutungen, Haemoptoe und Haematemesis. Die Dosis beträgt 30 Tropfen.

J. Selenew: «Zur Casuistik der Cholera-Erytheme». (№ 24).

Unter 29 Fällen von asiatischer Cholera beobachtete S. in 4 Fällen ein Erythema maculo-papulatum cholericum an den Extremitäten. Alle 4 Fälle endeten lethal. Das Erythem trat im Anfangsstadium der algiden Periode ein.

J. Chmjelewski: «Ueber die hypnotische Wirkung der Chloralose». (№ 24).

Verfasser hat das Mittel an 17 Geisteskranken angewandt (mania simplex, periodica; dementia secundaria, senilis; paranoia; melancholia agitata etc.). Die Dosis betraf 0,3—0,6. Der Schlaf trat gewöhnlich 40 Minuten nach der Einnahme der Chloralose ein und dauerte 4—10 Stunden. In 3 Fällen beobachtete Verf. vor dem Einschlafen ein rasch vorübergehendes Zittern an der oberen Extremitäten. Bei 5 Patienten trat Schweiss ein. Von Seiten des Magen-Darmcanals wurden keine unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. In 2 Fällen constatirte Ch. nach Einnahme der Chloralose starke Aufregungszustände (worauf bereits französische und italienische Autoren hinwiesen). Im Allgemeinen ist Verf. der Ansicht, dass die Chloralose ein sehr gutes Mittel bei psychischen Krankheiten sei, und namentlich Verwendung finden müsse in Fällen, wo Chloralhydrat und Sulfonal contraindicirt sind.

Abelmann.

Medicina. 1893. № 40—48.

(Schluss).

Th. Trapesnikow: «Huile de Chaulmoogra und Acide gynocardique gegen Lepra». (Nr. 40).

Das aus den Samen der Gynocardia odorata dargestellte Oel ist von Leloir, Vidal und anderen Autoren gegen Lepra mit Erfolg angewandt worden. Verf. hat dieses Mittel 1891 an einem Leprösen (in Petersburg) versucht; zunächst wandte er pro dosi 0,3 des Oels an, stieg aber bald bis zu 3,0 pro die. Die günstige Wirkung machte sich in kurzer Zeit geltend, die Lepraknoten schwanden, neue entwickelten sich nicht, ebenso gingen die Flecken zurück. Leider konnte das Mittel wegen eingetretener Diarrhoe nicht lange Zeit angewandt werden. Die eben geschilderten Erfolge erzielte T. auch bei einem 2. Patienten (auf der Tarnowski'schen Klinik). Im Sommer 1893 hatte nun Verf. Gelegenheit in Pjatigorsk (Kaukasus) 3 Fälle von Lepra zu beobachten (2 Fälle von Lepra maculosa und 1 Fall von L. tuberosa). Das zunächst angewandte Ichthyol konnte den Patienten keine Linderung schaffen, wogegen das Chaulmoograöl (5—100 Tropfen täglich in Gelatinekapseln) und Acide gynocardique (0,2 täglich in Pillenform) einen eclatanten Erfolg zeigten. Die anästhetischen Parthieen schwanden, die Infiltrate wurden resorbirt, die Flecke verblassten.

M. Theodossjew: «Ueber Kalisalze in der Nahrung fiebernder Kranke». (Nr. 41).

Dass im Fieber viel mehr Kali als Natronsalze ausgeschieden werden, ist eine bereits seit langer Zeit constatirte Thatsache; sie steht mit dem verstärkten Verbrennungsprocess in Zusammenhang und weist auf einen vermehrten Stoffwechsel speciell im Muskelapparate hin. Verf. hält es daher für geboten, fiebernden Kranken Kalizalze zu reichen, entweder rein oder in Form von Kalireichen Nahrungsmitteln; er schliesst sich dabei der Ansicht von Nothnagel und Rossbach an, dass die Hypothese von der starken Giftigkeit der Kalipräparate nicht stichhaltig sei.

S. Jaroschewski: «Rudolf Virchow, als Gelehrter, Lehrer und als Mensch. (Nr. 42).

Vortrag gehalten im Verein der Aerzte zu Samara.

O. Maibaum: «Ueber die Wirkung des Pyoctanins bei malignen Neubildungen innerer Organe». (Nr. 43).

Auf der Wassiljew'schen Klinik in Dorpat wurde das Pyoctanin innerlich bei malignen Tumoren verordnet, gewöhnlich wurde 3 mal täglich 0,06 in Pillenform verabfolgt, zuweilen auch in Form von Suppositorien in Verbindung mit Extr. Belladona (Pyoctanini 0,06 Extr. Belladona 0,02 But. Cacao 2,0 f. supp. anal. In einem Falle von ausgesprochenem Magenkrebs wurde ein grade zu überraschender Erfolg erzielt: das Körpergewicht nahm rasch zu, das Erbrechen und Aufstossen hörten auf; es stellte sich Appetit ein. (Ob diese Besserung lange angehalten hat, ist aus der Krankengeschichte nicht zu ersehen. Anm. des Ref.) In einem anderen Falle von Carcinoma ventriculi, das bereits zu Verwachsungen mit der Leber und zu Metastasen geführt hatte, wurde ebenfalls Besserung erzielt (Patient verliess jedoch sehr bald die Klinik). Auch in Fällen von Carcinomen anderer Organe erwies sich das Pyoctanin von grossem Nutzen.



N. Ssaweljew: «Die electrische Durchleuchtung des Magens und deren Verwendung zur Diagnose von Magenleiden». (Nr. 43).

Wiederholung der bekannten Kuttner'schen Versuche (Diaphanoskopie).

M. Blindemann: «Ueber Veränderungen des Blutes bei Magenkrankheiten». (Nr. 43).

Verf. hat an einer Reihe verschiedener Magenaffectionen Blutuntersuchungen angestellt. Er fand 1) dass die differenzielle Diagnose zwischen Magenkrebs und anderen Magenleiden, namentlich dem chronischen Magenkatarrh und der Magendilatation in jedem Falle auf Grund von Blutuntersuchungen gestellt werden könne. Die Haemoglobinmenge ist bei allen an Magenkrebs Leidenden stark reducirt (nie über 60 pCt.), die Zahl der rothen Blutkörperchen verringert; die weissen Blutkörper waren in 3 Fällen vermehrt, in einem Falle verhielten sie sich normal. (Diese eben erwähnte Schlussfolgerung ist auf Grund von 4 Untersuchungen gemacht worden. Anm. des Ref.). 2) Die Unterscheidung des Ulcus vom Carcinoma ventriculi wird durch die mikroskopische Untersuchung bedeutend erleichtert. An 4 Fällen von Ulcus ventriculi machte B. die Erfahrung, dass meistentheils die Haemoglobinmenge herabgesetzt ist, ebenso die Zahl der rothen Blutkörperchen, während die Zahl der weissen Blutkörper normal bleibt. Diese Blutveränderungen sind durch das häufige blutige Erbrechen bedingt. 3) Bei krebsartigen Neubildungen geht das Sinken der Haemoglobinmenge crescendo, was beim Ulcus nicht beobachtet wird. Nach einer Haematemesis fallt zwar die Haemoglobinmenge, nach einigen Tagen jedoch kehrt sie wieder zur Norm zurück. Eine Ausnahme bilden nur diejenigen Fälle von chronischem Magengeschwür, welche zur perniciösen Anaemie führen. 4) Die chronischen Magenkatarrhe, welche mit erheblicher Dilatation des Magens einhergehen, bedingen keine nennenswerthe Blutveränderungen.

Wladimir Tschish: «Zur Casuistik der Psychosen nach Cholera». (№ 44).

Bei einer psychisch vollkommen gesunden Frau entwickelte sich nach Ablauf eines leichten Choleraanfalles eine Amentia acuta im Sinne Meynert's. Patientin wurde sehr unruhig, dabei sehr ängstlich; bat man möge sie nicht tödten, schwatzte unsinniges Zeug, konnte sich nicht ihres Zustandes während des Choleraanfalles erinnern. Dieser Zustand währte nur eine Woche; danach völlige Genesung.

G. Linde: «Ein Fall von Sublimatintoxication». (№ 45, 47).

Ein 20-jähriges Mädchen trank eine 5%ige Sublimatlösung in der Absicht eines Suicidiums aus. Der Tod trat am 6. Tage nach der Vergiftung ein. Die anatomische Diagnose lautet: Enteritis et gastritis nekrotica toxica. Nephritis et Myocarditis parenchymatosa. Hyperplasia Glandularum lymphaticarum et tonsillarum. Ecchymosae multipl. Peritonitis sero-fibrinosa. Hyperaemia et oedema pulmonum. In der Milz, der Niere, der Leber und dem Darminhalt konnte mittels Elektrolyse Quecksilber nachgewiesen werden, dagegen fand sich das Metall nicht in dem peritonitischen Exsudat.

W. Kistjakowski: «Die chemische Zusammensetzung des embryonalen Muskelplasmas und dessen Gewinnung bei Ausschluss des Erhitzens». (№ 45—47).

Zum Referate ungeeignet.

G. Linde: «Ueber Carpain». (№ 45).

Dieses Alkaloid ist von Oefele als Ersatzmittel der Digitalis empfohlen worden — in Dosen von 0,006 pro die bei subcutaner Injection oder 0,025 per os. Verf. hat nun im pharmacologischen Institut zu Dorpat auf Veranlassung von Professor Kobert das Mittel einer näheren Prüfung unterzogen. Er fand, dass das Carpain das Haemoglobinspectrum nicht verändert, die rothen Blutkörperchen nicht zerstört, auch keinen Einfluss auf die peripheren Nervenstämme ausübt. Eine Lösung von Kochsalz und Carpain (1:2500) wirkt in keiner Weise auf die Rund- und Bandwürmer. Auf die quergestreifte Muskulatur wirkt es lähmend. Eine besondere Einwirkung zeigt das Mittel auf die Herzthätigkeit. Bringt man 0,05 mg. einer 0,1 pCt. Carpain-Lösung direct auf das Froschherz, so tritt eine verlangsamung des Pulses ein, dabei werden die Herzcontractionen weniger energisch; das Herz zeigt Neigung in der Diastole länger zu verharren und bleibt auch schliesslich in der Diastole stehen. Atropin ändert diesen Zustand nicht. Bei grösseren Dosen (0,15 gr. pro Kilo) tritt allgemeine Paralyse ein. Die Versuche an Warmblütern ergaben dieselben Verhältnisse; ausserdem wurde constatirt, dass die Substanz den arteriellen Druck vermindert. Diese Versuche zeigen somit, dass das Carpain ganz entgegengesetzt der Digitalis wirkt, somit als Ersatzmittel der letzteren nicht empfohlen werden kann.

M. Halberstamm: «Ueber Massage bei einigen Erkrankungen der Prostata». (№ 48).

Verf. hat die von Thure Brandt, Kellgren und anderen Autoren ausgearbeitete Massage-Technik bei der senilen Prostatahypertrophie, der Prostatorrhoe und chronischer Prostatitis verwendet. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellend (es werden im Ganzen 3 Krankengeschichten angeführt.

Abelmann.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 44—52.

(Schluss).

W. Nikitin: «Zur Diagnose des Aortenaneurysma». (№ 44—46).

Verf. weist zunächst auf die Schwierigkeiten hin, die der Erkenntniss eines Aortenaneurysmas im Wege stehen. Zuweilen können einzelne Symptome entscheidend sein so z. B. erschwerter Durchgang der Speise durch den Oesophagus, und zwar, wenn die Erscheinungen der Stenose periodisch auftreten und bei erregter Herzthätigkeit stärker werden, ferner die Fortleitung der Herztöne in die Gegend der rechten Brustseite und des Rückens, häufige Lungenblutung, Paralyse der Stimmbänder (Schnitzler) und andere Symptome. Verf. beschreibt 3 in seiner Beobachtung gewesene Fälle.

S. Derjuschinski: «Bericht über die im Moskauer Golizyn-Hospital operirten Fälle von Steinkrankheit (1884—1893). (№ 44, 45).

Im Ganzen 27 Fälle, 2 Urethralsteine und 26 Blasensteine. In einem Falle befand sich der Stein in der Pars prostatica urethrae in dem anderen Falle im membranösen Abschnitte der Harnröhre. 4 Kranken wurde die Lithothrypsie ausgeführt, an einem wurde die Dolbeau'sche Methode angewandt. 13 Mal wurde die Sectio lateralis, 9 Mal die Sectio alta ausgeführt. Von 28 Kranken starben 4. (3 — im Alter von 55—63 Jahren). Der Arbeit ist eine Tabelle beigefügt.

M. Abelmann: «Ein Fall von Brochiektasie nach Keuchhusten. (№ 45, 46).

Bei einem 7-jährigen Mädchen, das einen schweren Keuchhusten durchgemacht hatte, entwickelte sich allmählich ein Symptomencomplex, der auf Bronchiektasien hindeutete: maulvolle Expectoration übelriechender Sputa, die die bekannte Dreischichtung aufwiesen, dabei Fehlen von Tuberkelbacillen. Höhlensymptome im Unterlappen der linken Lunge. In weiterem Verlauf der Krankheit gesellte sich eine chronische käsige Pneumonie hinzu, der schliesslich das Kind erlag. Bei der Section fand man den ganzen linken Unterlappen durchsetzt von grösseren und kleineren bronchiektatischen Cavernen so dass die Lunge ein groblöcheriges Aussehen zeigte. Im Oberlappen eine Caverne mit ulcerirten Wandungen. Frische Eruption von Tuberkeln. Verf. erklärt die Entstehung der bronchiektatischen Cavernen durch die häufigen und schweren Keuchhustenanfälle. Bei der Therapie des Keuchhustens sollen die Narcotica und Sedativa an erster Stelle berücksichtigt werden, ferner seien Versuche mit Einathmung comprimirter Luft in pneumatischen Kammern erwünscht.

W. Prawdoljubow: «Die Behandlung der uncomplicirten Fracturen mittelst Massage». (№ 46).

11 Fälle von Fracturen. Die Behandlung bestand darin, dass die laedirte Extremität zunächst einen Tag in den Ruhestand versetzt wurde, dabei Eis-Behandlung. Vom 2. Tage an begann die Massage-Behandlung (Effleurage). Dieselbe wurde eine Woche lang fortgesetzt. In einigen Fällen wurden dann Gypsverbände angelegt, die aber nicht lange liegen blieben. Später wieder Massage und frühzeitige Bewegung der laedirten Extremität.

G. Zeidler: «3 Fälle von traumatischer Laesion der Leber». (№ 47 u. 48).

Die Symptome waren nicht charakteristisch, doch liessen sich Anhaltspunkte finden. In einem Falle überwiegten die Symptome des Schok und der peritonealen Reizung; trotz grossen Blutergüssen im Abdomen, fehlte das Bild der acuten Anaemie. Im zweiten Fall gelangte grade das Gegentheil zur Beobachtung, die Anaemie war sehr praegnant, dagegen fehlte der Schok. Nur in einem Falle waren die charakteristischen irradiirten Schmerzen in der rechten Schulter vorhanden. Zur Stillung der Blutung empfiehlt Z. die Tamponade der Leberwunde.



K. Ssakowski: «Ueber spontane Herzruptur». (№ 47).

Ueberblick über die in der Literatur bekannten Fälle. Beschreibung zweier vom Verf. beobachteten Fälle. In beiden Fällen bestand Arteriosclerose und Myocarditis. Im 2. Falle trat der Exitus letalis nicht sofort ein.

D. Grigorjew: «Ein Fall von Aortenaneurysma complicirt mit Emphysem des Unterhautzellgewebes». (№ 48).

Casuistische Mittheilung.

R. Butz: «Ueber Nephrektomie bei Pyonephrosis». (№ 49—51).

Mit Berücksichtigung der Literatur und eines eigenen Falles stellt Verf. folgende Schlussätze auf. 1) In allen Fällen von Pyonephrose muss zunächst die Nephrotomie ausgeführt werden. 2) Diese Operation bringt radicale Heilung in Fällen, wo die ganze Niere in eine einkammerige sackartige Geschwulst aufgegangen ist, wo also die Function des Nierenparenchyms fehlt. 3) Ist die andere Niere ganz gesund, hört die Eiterung nach der Nephrotomie nicht auf, so soll man mit der radicalen Operation nicht zögern, namentlich in den Fällen, wo eine tuberculöse Erkrankung vermuthet wird. 4) Sind bereits ausgiebige Adhaesionen der Niere mit den umgebenden Geweben vorhanden, und ist der Zustand der anderen Niere zweifelhaft, so erweist sich die Nephrotomie als palliatives Mittel 5) Bevor man zur Nephrektomie schreitet, soll man die Function der anderen Niere prüfen, am besten durch Anlegen einer Nierenfistel. 6) In diagnostisch zweifelhaften Fällen ist die Probe-Laparotomie erlaubt. 7) Die Nephrektomie muss zunächst nach der extraperitonealen Methode angefangen werden. 8) In schwierigen Fällen kann man zur Eröffnung der Bauchhöhle schreiten, und zwar mittels eines Schnittes am äusseren Rande des m. rectus abd. 9) Die extraabdominale Höhle wird am besten durch den hinteren Schnitt mit Marly drainirt, die vordere Wunde ist zu schliessen. 10) Die antiseptischen Mittel sind nach Möglichkeit zu meiden.

A. Egorow: «Ein Fall von Morbus Basedowii». (№ 49).

Neben den bekannten Symptomen dieser Krankheit bestanden sehr schwere Anfälle von Angina pectoris und ein haemorrhagisches, pleuritisches Exsudat (Verf. bezeichnet es als Transsudat). Die starken Schmerzen veranlassten Verf. eine Complication mit Aneurysma der Aorta anzunehmen. Bei der Section bestätigte sich jedoch diese Annahme nicht, es lag somit eine nervöse Form der Angina pectoris vor.

W. Krawkow: «Zur Casuistik der acuten Malaria-Nephritis». (№ 51).

Verf. beschreibt 5 Fälle von acuter diffuser parenchymatöser Nephritis, deren aetiologisches Moment die Malaria war.

Abelmann.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

Band III, Heft 5.

N. A. Blagoweschtschenski: «Die Bedeutung der combinirten Anwendung der Carbolsäure und grünen Seife in der chirurgischen Praxis».

B. hat auf einer Studienreise durch Frankreich, England und Deutschland gefunden, dass die an verschiedenen Kliniken gebräuchlichen Methoden der Desinfection der Hände unzureichend sind. Er hat im Laboratorium mit folgendem Verfahren gute Resultate erzielt. Die Hände werden 6—8 Minuten in einem Gemisch von 2,0 Acid. carbol., 5,0 Sapo viridis und 93,0 gekochten Wassers tüchtig gebürstet und dann 2—3 Minuten gründlich mit gekochtem Wasser abgespült. Wurde kürzere Zeit auf die Reinigung verwandt, so wuchsen auf Fleischpepton-Gelatine in Petri'schen Schalen nach Eintauchen der Finger verschiedene Mikroorganismen. B. empfiehlt das Verfahren wegen seiner Einfachheit zur Nachahmung. (Die wichtigste Prüfung, die Anwendung des Verfahrens in einer ausgedehnten Hospitalpraxis, fehlt, doch verspricht B. seinerzeit auch darüber zu berichten).

S. P. Fedorow: «Tetanus und seine Heilung mit subcutanen Einspritzungen von Blutserum künstlich immunisirter Thiere».

Die Einleitung der interessanten Arbeit bildet ein kurzes Referat über die augenblicklichen Kenntnisse der morphologischen und biologischen Eigenschaften der Tetanusbacillen sowie über die bisherigen Ergebnisse der Serumtherapie bei Tetanus (Tizzoni und Cattani, Vaillard, Behring und Casper, Kitasato). Verfasser hat bis jetzt 2 Hunde in folgender Weise hochimmun gemacht. Er benutzte eine filtrirte, 10 Tage alte Cultur von Tetanusbacillen in Bouillon, der 1,5% Traubenzucker und, nach Titration mit Normalnatronlauge bis zur neutralen Reaction, noch 1% Normalnatronlauge hinzugefügt war (Kitasato). Von dieser filtrirten Cultur wurde dem Hund Nr. 1 am 8. Juli 1892 1 Cbcm. subcutan injicirt Am 20. Juli traten die ersten Erscheinungen des Tetanus in Form von Unbeweglichkeit des Beines, an dem die Injection gemacht war, auf. Am 3. August war das Thier gesund. Am 18. August wurde die zweite Injection von 2 Cbcm. derselben filtrirten Cultur gemacht, das Thier blieb gesund. Am 5. September Injection von 5 Cbcm., dann in 2—4 wöchentlichen Intervallen immer grössere Dosen bis 50 Cbcm. — Am 15. November endlich wurden 5 Cbcm. unfiltrirter Cultur von Tetanusbacillen injicirt, dann am 18. December 10 Cbcm., am 15. Januar 1893 20 Cbcm., am 26. Januar 50 Cbcm., am 27. Februar 75 Cbcm. unfiltrirter Bacillencultur. — Der Hund № 2 wurde schneller immunisirt: erste Injection von 1 Cbcm. der filtrirten Cultur am 29. September 1892 (das Thier erholte sich erst nach einem Monat vollständig), am 26. Januar 1893 Injection von 50 Cbcm. filtrirter, am 27. Februar 75 Cbcm. unfiltrirter Cultur. — Der Heilwerth des Blutserums dieser Thiere wurde nach Behring bestimmt: er betrug 1:200,000 (d. h. um 200,000 Grm. Thierkörper gegen Tetanus unempfänglich zu machen, ist 1 Cbcm. Blutserum des künstlich immunisirten Thieres erforderlich). Ob es möglich ist, Hunde noch höher immun zu machen, ist nicht bekannt. Bei einem Pferd hat Behring den Heilwerth des Blutserum bis 1:10,000,000 steigern können. — Kaninchen hat Fedorow nach der Methode von Vaillard (anfängliche Injection filtrirter und erwärmter Bacillenculturen) soweit immunisirt, dass sie ohne Störung das 200fache der sonst tödtlichen Minimaldose von Reinculturen des Tetanusbacillus ohne Schaden vertragen.

Um an Tetanus erkrankte Thiere zu heilen, sind viel grössere Mengen von Heilserum erforderlich, als um nur Immunität zu erzielen (nach Behring 1000 mal mehr). Ausserdem spielt die Zeit, in der die Behandlung begonnen wird, eine grosse Rolle. F. ist es gelungen, 2 Kaninchen, die er gleich nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen mit Seruminjectionen behandelte, zu heilen. Durch einfache Rechnung ergiebt sich, dass um einen Menschen von 75 Kgr. Körpergewicht zu immunisiren 0,375 Cbcm. Heilserum vom Werth 1:200,000 erforderlich sind, um denselben Menschen mit demselben Serum von schon eingetretener Erkrankung zu heilen dagegen 375 Cbcm. — Unter Zugrundelegung dieser Berechnung ergiebt sich bei Durchsicht der 18 bisher publicirten Tetanusfälle bei Menschen, die mit Heilserum behandelt worden sind, dass in einigen Fällen (Rénon) ohne Zweifel Serum von viel zu geringem Heilwerth und in zu geringer Menge angewandt worden ist. Im übrigen ist die Zahl der behandelten Fälle zu gering, um sie zu statistischen Schlussfolgerungen zu verwerthen, besonders da die Fälle nach der Länge der Incubationszeit, der Schwere der Erkrankung, und den Eigenschaften des gebrauchten Serum sehr verschiedenartig sind. Für die Prognose sind alle diese Dinge von grosser Bedeutung.

Hervorzuheben ist, dass sowohl die theoretische Berechnung als auch die praktische Erfahrung die Gefahrlosigkeit der Injectionen von Serum in Quantitäten, wie sie zu Heilzwecken erforderlich sind, erwiesen haben.

Zur Conservirung des Serum empfiehlt F. am meisten einen Zusatz von Chloroform (nach Behring 1 Volumprocent). Auch hat sich ihm Zusatz von Glycerin (1:3 Serum) und Hydrochinon (1%) bewährt. Zusatz von Carbolsäure setzt die Heilkraft nach einiger Zeit herab. — Die geeignetste Zeit, um dem immunisirten Thier das Blut zur Gewinnung von Heilserum zu entziehen, ist nach F. c. 2 Wochen nach dem völligen Verschwinden aller krankhaften Erscheinungen. Auf das völlig normale Verhalten des Thieres in jeder Beziehung ist streng zu achten.

Zum Schluss schlägt F. die Gründung von Instituten vor, in denen jeder Zeit sich Thiere befinden, die gegen verschiedene Infectionskrankheiten immun gemacht sind. Diese Institute sollen zu therapeutischen Zwecken Heilserum liefern, ähnlich wie es die Anstalten zur Herstellung von Pockenlymphe oder die Pasteur'schen Tollwuth-Impfstationen thun. — Tetanusheilserum von den von Fedorow immunisirten Thieren liefert der Prosector Remesow (Басманная больница, Moskau).

Prof. A. D. Pawlowski: «Ueber parasitäre Zelleinschlüsse in Sarcomen».

Da die Arbeit in deutscher Sprache in Virchow's Archiv Bd. 133 erschienen ist, braucht sie hier nicht referirt zu werden.



S. Denotkin: «Ueber die Verminderung des Traumatismus bei der Kataraktextraction.»

D.'s Ausführungen gipfeln darin, dass bei der Staaroperation sowohl der Lidhalter als auch die Fixationspincette fortzulassen sind, um sowohl directen Druck auf den Augapfel als auch Anregung der Augenmuskeln zu Contractionen zu vermeiden; so soll dem Zerreissen der Zonula Zinnii und dem Glaskörpervorfall vorgebeugt werden.

J. J. Medwedew: «Anophthalmus congenitus duplex».

Beschreibung eines Falles der genannten Missbildung. Das 9 Tage alte Mädchen stammte von gesunden, nicht blutsverwandten Eltern. bot ausser gänzlichem Mangel beider Augäpfel keine Missbildungen; Hereditat nicht nachweisbar, die Mutter gab an im Beginn der Schwangerschaft viele blinde Bettler gesehen zu haben. Auf Grund von Literaturstudien macht M. für Missbildungen der Augen verantwortlich: intrauterine Entzündungen, Syphilis der Eltern, psychische Eindrücke der Mutter während der Gravidität, vielleicht Heredität. Verwandtschaft der Eltern hat keinen sicher nachweisbaren Einfluss auf das Entstehen von Missbildungen an den Augen.

A. N. Sacharow: «Plastische Operationen an der Handwurzel».

Maschinenverletzung der rechten Hand mit totalem Verlust der Haut und partieller Nekrose der Finger ausser dem Daumen. Die durchweg mit Granulationen bedeckte Hand wurde nach Amputation der nekrotischen Finger unter einen durch 2 Verticalschnitte von 25 Cm. Länge und 15 Cm. Abstand umschriebenen brückenförmigen Hautlappen der linken Brust- und Oberbauchgegend gesteckt, mit der Volarfläche zum Rumpf gekehrt (zur Vermeidung von Verwachsungen Jodoformmarly zwischen Vola und Rumpf). Fixirung durch Nähte und immobilisirenden Verband Nach 17 Tagen Durchtrennung der unteren Basis des Lappens, der in den ulnaren Theil der Vola manus geklappt wird; 3 Tage später wird auch die obere Basis durchschnitten und mit dem Lappenende der Daumen und die radiale Hälfte der Handfläche bekleidet. Partielle Lappengangrän erfordert später kleine Transplantationen nach Thiersch. Der Daumen ziemlich gut beweglich. — Wie diesen, so hat Skliffossowsky noch andere Kranke mit ausgedehnten Hautdefecten am Daumen, am Oberschenkel (Deckung durch einen Lappen von der Volarseite des gleichseitigen Vorderarms), und mit Narbencontractur in der Ellenbogenbeuge durch Transplantation gestielter Hautlappen aus entfernten Körpertheilen geheilt; in den beiden letzteren Fällen wurden einfach gestielte Lappen verwandt. — Abgesehen von einer flüchtigen Erwähnung Hacker's sind die früheren Versuche und Erfolge anderer Chirurgen auf dem gleichen Gebiet nicht genannt.

Casuistische Mittheilungen:

Alexandrow: «Chondrolipoma epiglottidis. Pharyngotomia subhyoidea».

10jähr. Knabe. Fettgeschwulst zwischen Epiglottis und Zungenbasis. Tracheotomie wegen Erstickungsanfall. 3-maliger Versuch die Geschwulst vom Munde aus zu entfernen misslingt; schliesslich wird die Geschwulst auch in der linken Submaxillargegend sichtbar und von hier aus entfernt. Sie bestand aus 2 durch derbes Bindegewebe scharf geschiedenen Theilen: einem knorpeligen, der sich nach aussen, und einem lipomatösen, der sich zur Mund- und Rachenhöhle hin entwickelt hat. — Heilung.

Serenin: «Ein Fall von penetrirender Bauchverletzung durch Schnitt».

Prolaps von 1½ Arschin Darm, der an einer Stelle geöffnet ist. Transport in die Stadt, 14 Stunden nach der Verletzung Naht der Darmwunde, Abwaschung des prolabirten Darms, Reposition. Heilung nach 19 Tagen ohne schwerere Complicationen. Die Bauchdeckenwunde wurde fest vernäht.

Breitmann: «Zur Casuistik der Atresia ani».

3 Fälle: 1) Atr. ani et recti, nach 9 Tagen Schnitt in der Mittellinie, der Darm wurde in der Tiefe von 4,5 Cm. gefunden, Proctoplastik, Genesung. — 2) Atr. ani hyperplastica perinealis. Der abnorm lange Darm verlief, von Haut unbedeckt in Form eines wulstigen Cylinders bis zum Scrotum, wo er blind endigte. Operation nach 3 Tagen, Genesung. — 3) Atresia recti. Operation nach 3 Tagen; Proctoplastik wegen grosser Schwäche aufgeschoben. Tod nach c. 3 Wochen unter den Erscheinungen von Darmocclusion oder Darmlähmung.

J. P. Fedorow: «Ein Fall von Nephrolithiasis mit reichlicher Entwickelung des Fettgewebes des Beckens der kranken Niere (Lipomadiffusum)».

Bauchtumor. der nach den klinischen Erscheinungen auf die rechte Niere bezogen werden musste; Diagnose: Pyonephrose in Folge von Pyelitis calculosa. Operation (Prof. Bobrow) mittelst Lumbalschnitt, Eröffnung von 4 concrementhaltigen Abscessen-Tod an Peritonitis. Bei der Section finden sich noch einige kleine Abscesse und eine colossale Entwickelung von derbem Fettgewebe, das die ganze Marksubstanz durchwuchert, diffus auf die Nierenkapsel und das umliegende Zellgewebe übergeht, die Nierengefässe weit auseinanderdrängt und sie sowie den Ureter auf eine grössere Strecke einscheidet. Da keine Verletzung des Bauchfells zu finden war, ist die Aetiologie der Peritonitis ganz dunkel, ebenso der Sectionsbefund von 2 Knoten «sarkomatösen Charakters» im Uterus und an der Lungenwurzel.

Wanach.

Westnik oftalmologii. November — December 1893.

R. Katz: «Die Beleuchtung der Schulzimmer auf der russischen hygienischen Ausstellung zu St. Petersburg».

Prof. Erisman in Moskau hatte ein «Normal-Klassenzimmer ausgestellt, dessen Lichtverhältnisse (Fensterfläche zur Dielenfläche des Zimmers) 1:4,1. Zu links her zwei Fenster, jedes 4,5 Arschin breit und 4.75 Asrchine hoch. Zwischen Fussboden und Fensterbrett 1 Arschin, zwischen den Fenstern 1 Arschin breite Wandfläche, zwischen oberem Fensterrande und der Decke ¼ Arschin. Zimmerfläche 3×4. Weiter beschreibt Katz die verschiedenen Lampen auf der Ausstellung soweit dieselben zur Beleuchtung von Schulräumen oder als «Arbeitslampen» den academischen Berufsarten empfohlen wurden. Irgend Neues und Originelles wurde nicht geboten. Das electrische Licht, sowie das Auer'sche Gasglühlicht sind für Auditorien unzweifelhaft am geeignetsten. Die sogenannten «Arbeitslampen» differiren unter einander in der Farbe und Form der Reflectoren und Blender, sowie in der Farbe der die Flamme umschliessenden Cylinder.

Katz ist der Ansicht, dass nur fotometrische und optometrische Untersuchungen die Frage entscheiden können, welche Apparate eine genügende Lichtstärke geben, und welches Licht das qualitativ beste ist.

J. P. Dedurin: «Ueber das Trachom in den Volksschulen».

In 13 Volksschulen des Wjatkaschen Gouvernements wurden 1174 Knaben und Mädchen untersucht. Die Bevölkerung ist russisch und wotjakisch. Es fanden sich 13,5 pCt. Trachomkranke. Unter den Knaben entfielen 7 pCt. Kranke auf die Russen und 27,5 pCt. auf die Wotjaken. Von den Mädchen — nur Russinnen — 15,5 pCt. Trachomkrank. Armuth, ungeheure Unsauberkeit und ungenügende Wohnräume befördern die Ausbreitung der Krankheit.

H. Bekman in Kiew. «Ein bemerkenswerther Fall von Aderhautcolobom nebst Ectasie der Lederhaut.

Nach innen und unten von der Pupille, an diese unmittelbar anschliessend 2 grosse Colobome mit zerfaserten Rändern und starken Pigmentsäumen. Ueber dem Sehnervenkopfe war hypermetrope Refraction. 22 D. Innerhalb der Colobome war die Refraction von 6—9 D. höher. Der Unterschied zwischen Oberfläche der Sehnerven und den tiefsten Stellen der Colobome entspricht 2—3 Mm. Es besteht Nystagmus. Visus ist Fingerzählen rechts in 15, links in 8 Fuss.

M. Sergejew (in Kasan): «Ein Fall von Keratitis bullosa». 6 Monat altes Mädchen.

H. A. Poljakow (in Wladikawkas): «Harter Schanker am oberen Lide».

36 Jahr alter Mann. Verheirathet. Dem Manne war bei der Arbeit ein Steinsplitter in das linke Auge gerathen. Zwei Arbeitskameraden und ein Weib hatten versucht denselben mit der Zunge zu entfernen.

N. E. Kuschew. Landarzt im Saratowschen Gouvernement. «Kurzer Bericht über das erste Hundert Staaroperationen».

7 Verluste. Complicationen durch Trachom sind sehr häufig. Ueber das erzielte Sehvermögen keine Angaben.

G—n.



Chirurgitscheski westnik Oktober — November 1893.

G. A. Masslow: «Die Thyreotomie als Behandlungsmethode intralaryngealer Geschwülste». Aus der chirurg. Klinik des Prof. Grube in Charkow.

Compilation der einschlägigen Literatur über Geschwülste. Anatomie und Technik der genannten Operationen. Schluss folgt.

P. W. Botscharow: «Die Ursachen des Chloroformtodes». Kritische Uebersicht der Lehre vom Chloroformtod nebst Untersuchung der vom Chloroform am Herzen hervorgebrachten Veränderungen.

Fortsetzung einer bereits im Augustheft 1892 begonnenen Abhandlung von endloser Breite. Der vorliegende Abschnitt ist betitelt: «Experimentelle Untersuchung der tödtlichen Wirkung des Chloroforms», enthält auf 13 grossen Octavseiten wesentlich technische Angaben über die Versuchsanordnung und verspricht zum Schluss auf die dabei beobachteten klinischen Erscheinungen überzugehen.

G. J. Radsewitsch (Nishnij Nowgorod): Die Steinkrankheit im Wolgagebiet. (Schluss).

Aus dem Gouvernement Ssaratow hat Verf. 616, aus dem Gouv. Astrachan 95 Fälle gesammelt, darunter nur ganz vereinzelte Nichtrussen. Zum Schluss eine Zusammenstellung des Gesammtmaterials von 5814 Fällen aus 9 Gouvernements.

W. W. Rosanow: «Zwei Fälle von Leberechinokokken». Aus der Klinik des Prof. Kusmin in Moskau.

Beide Fälle wurden mit günstigem Ausgang zweizeitig operirt. An dem einen ist der profuse Gallenausfluss während der Abstossung der Blase bemerkenswerth, am anderen der Umstand, dass sich im rechten und linken Leberlappen je ein selbständiger Echinokokkus vorfanden.

W. A. Thiele: «Kritische Uebersicht der Lehre von der mechanischen Einwirkung moderner Geschosse auf thierische Gewebe.

Kurze vorläufige Mittheilung des Inhalts, dass Verf. sich durch eingehendes Studium der Literatur und zahlreiche eigene Versuche von der Unhaltbarkeit der «Theorie des hydraulischen Druckes» überzeugt habe, wofür er die Beweise in seiner Dissertation zu bringen verspricht.

W. W. Potejenko: «Kurzer Bericht über meine chirurgische Thätigkeit im Beresinschen Bezirk des Tschernigowschen Kreises». (Schluss).

Grubert.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Stastny. Beköstigung im Prager allg. Krankenhause. Wien, Urban und Schwarzenberg.
Martin. Pathol. und Therapie der Frauenkrankh. Ibidem.
Asmus. Bibliotheca medica C. Heft 1. Cassel, Fischer 1893.
Drasche. Bibl. d. ges. med. Wissensch. Lief. 8. Wien, Merling 1893.
Löbisch. Medicinisch-chirurgische Rundschau. Wien, Urban und Schwarzenberg.
Сиглинъ. О пользѣ кефира. Варшава.
Karg und Schmorl. Atlas der pathol. Gewebelehre. Probelieferung. Leipzig, Vogel 1893.
Rosenthal. Die Erkrankungen des Kehlkopfes. Berlin, Hirschwald 1893.
Kreidmann. Ursache, Vorbeugung und Bekämpfung der Cholera. Hamburg, Schmidt 1893.
Winslow und Anderson. Mineral Springs. San Francisco 1892.
Med. chir. Rundschau. Heft 17. Wien Urban und Schwarzenberg.
Drasche. Bibliothek der ges. med. Wissensch. Lieferung 9—10. Wien, Merling.
Эберманнъ. Матеріалы къ бактеріологіи нагноенія. Дисс.
Bauer und Bollinger. Ueber idiopathische Herzvergrösserung, München, Lehmann.
Adolf Schmitt. Die Fascienscheiden. Ibidem.
Bericht des Vereins der deutschen Irrenärzte. Ibidem.
Grawitz. Atlas der patholog. Gewebelehre. Lief. III. Berlin, Schötz.
Jankau. Der Tabak. München, Seitz und Schauer.
Kühner. Handbuch der hygien. Therapie. Ibidem.
Bär. Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. Leipzig, Thieme.
Денисенко. Отчетъ по холерному лазарету. Баку.
Hoor. Prophylaxe des Trachoms. Wien, Safar.
Frank. Ueber die Radicaloperation von Leistenhernien. Ibidem.
Clemow The cholera epidemic of 1892. London, East.
Eulenburg. Realencyclopädie. III. Aufl. Lief. 1—2. Urban und Schwarzenberg.
Drasche Bibl. der ges. Wissensch. Lief. 11—12. Wien, Merlin.
Huxley. Grundzüge der Phys. Lieferung 5. Hamburg, Voss.
Nitzelnadel. Therap. Jahrbuch. Leipzig, Deuticke.
Schreiber. Arzneit xe. Frankfurt a/M. Alt.
Sajous. Annal of the univ. med sciences. Philadelphia, Davis et Co. 1893.
Unna, Morris, Leloir, During. Atlas seltener Hautkrankh. VII, VIII. Hamburg, Voss.
Knies. Das Sehorgan und seine Erkrankungen. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Bokai. Ungarisches Archiv für Medicin. Wiesbaden, Bergmann 1893. II. Band. Heft I und II.
Löwenfeld. Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Baumgarten. Der Tuberkelbacillus. Braunschweig, Bruhn 1893.
Hoffa. Technik der Massage. Stuttgart, Enke 1893.
Kobert. Arbeiten des Pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Stuttgart, Enke 1893.
Wolff. Haut- und Geschlechtskrankheiten. Stuttgart, Enke 1893.
Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, Enke 1893.
Krafft-Ebing. Hypnotische Experimente. Stuttgart, Enke 1893.
Jessner. Ein dermatologisches System Leipzig, Voss 1893.
Binswanger. Grosshirnrinden-Erkrankung. Jena. Fischer 1893.
Grawitz. Atlas der pathologischen Gewebelehre. Berlin, Schoetz 1893.
Bechterew. Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Leipzig, Besold 1894.
Bartels. Die Medicin der Naturvölker. Leipzig, Grieben 1893.
Placzek. Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig, Thieme 1893.
Behring Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten. Leipzig, Thieme 1893.
Jahresbericht über die Krankenanstalten in Frankfurt a/M. XXXV. Jahrgang 1892. Frankfurt a/M. Sauerländer 1893.
Gilbert. Baden-Baden und seine Thermen. Leipzig, Braumüller 1893.
Müller. Periostale Aplasie mit Osteopsathyrosis. München, Lehmann 1893.
Jäger. Ueber Herzvergrösserung. München, Lehmann 1893.
Dietter. Drei Fälle von generalisirter Vaccine. München, Lehmann 1893.
Klien. Ueber mehreiige Graaf'sche Follikel beim Menschen. München, Lehmann 1893.
Börner. Reichs-Medicinal-Kalender 1894. Thieme, Leipzig.
Lorenz. Taschenkalender für Aerzte 1894. Berlin, Moser.
Lefert. La pratique des Maladies des enfants. Paris, Bailliere 1893.
Letulle. L'inflammation. Paris, Masson 1893.
Ротъ. О миксэдемѣ. Москва, Мамонтова 1893.
Лимбергъ. Уходъ за зубами. С.-Петербургъ, Скороходова 1894.
Blasche. Internationaler Lazareth-Sprachführer II. Abth. Riga, Stieda.
Шнаубертъ. Легочная чахотка въ Москвѣ 1880—1889 г.
Karg, Schmorl, Birch-Hirschfeld. Atlas der pathologischen Gewebelehre II—IV. Lief. Leipzig, Vogel 1893.
Kast, Rumpel. Pathologisch-anatomische Tafeln. VII. Lieferg. Seitz, Wandsbek-Hamburg.
E. Bork. Die angeborenen Kolobome d. Augapfels. Wien, Jos. Safar 1893.
Albrand. Sehproben. Leipzig, Hartung und Sohn.
Fehling. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart, Enke 1893.
Baginsky. Arbeiten aus dem Friedrich-Krankenhaus. Ibidem.
Winter. Ueber die Recidive des Uteruskrebses. Ibidem.
Kobert. Compendium der Arzneiverordnungslehre. Ibidem.
Gerdes. Grundriss der pathologischen Anatomie. Ibidem.
Kirchenberger. Aetiol. und Pathogenese d. varicösen Venenerkrankungen. Wien, Safar 1893.
Schröder. Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. II. Aufl. Leipzig, Vogel 1893.
Krehl. Grundriss der allgem. klin. Pathologie. Ibidem.
Edinger. Vorles. über den Bau der nervösen Centralorgane. 4. Aufl. Ibidem.
Basch. Ueber latente Arteriosklerose. Sep. Abdr.
Rosenheim. Krankheiten des Darmes. Urban und Schwarzenberg.
Rosenbach. Krankheiten des Herzens. Ibidem.
Unger. Ueber Kinderernährung und Diätetik. Ibidem.

Дозв. ценз. Спб. 28 Января 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

Wratsch № 43—49.

G. Jawein: «Vergleichende Versuche über die desinficirende Wirkung des Phenol Kalkwassers (Danilewsky) des Kalkwassers, des Pixols (Raptschewsky) und des Theerwassers (Nencki). (№ 43, 44).

Die Billigkeit des Theeres und die erhebliche desinficirende Wirkung desselben gab die Veranlassung zum Versuch, die Phenole aus dem Theer zu extrahiren. Zu 500 Grm. ungelöschten Kalk wird 1 Liter Wasser hinzugefügt, nach 40—60 Minuten werden 400 Cbcm. Fichtentheer hinzugefügt. Diese hellbraune Masse wird je nach Wunsch mit 5—20 Liter Wasser gemischt. Beim Stehenlassen senkt sich ein Brei nieder, welcher aus Kalk und Harzen besteht, über diesen eine röthliche Flüssigkeit, welche die Phenole enthält = Phenolkalkwasser (Danilewsky). Diese Flüssigkeit wurde in verschiedenen Concentrationsgraden zu Reinculturen hinzugefügt und die Wirkung studirt. Es zeigte sich Folgendes: Das Phenol-Kalkwasser besitzt hohe desinficirende Eigenschaften: 1 Theil Theer auf 40 Th. Aq. tödtet den Cholerabacillus in 5 Min., den Typhusbacillus in 1—2 Stunden, den staphylococcus pyogenes aureus in 24 St. In gut verkorkter Flasche bewahrt jene Flüssigkeit ihre desinficirende Kraft 2 Wochen. Letztere beruht hauptsächlich auf dem Gehalt an Phenol, während das Kalkwasser weit geringere Desinfectionskraft besitzt. Und doch ist das Phenol Kalkwasser durch höhere desinficirende Eigenschaften ausgezeichnet, als das Theerwasser von Nencki, welches mit Soda zubereitet wird. Dem complicirten und theureren Pixol steht obige Flüssigkeit nach.

N. Marjantschik: «Ueber die Dammruptur und über die Methode zur Verhütung derselben.» (№ 43 und 44).

Die statistischen Angaben über die Frequenz der Dammrisse schwankt schwischen 1,02% und 27,7%. Die Differenz bei diesen Angaben beruht zum Theil auf der Divergenz der Auffassungen, ob der kleinste Riss im frenulum auch schon zu den Dammrissen zu zählen ist. Besprechung der verschiedenen Verhältnisse, welche das Zustandekommen des Dammrisses begünstigen. Verf. befürwortet die Seitenlage, weil in dieser die Anwendung der Bauchpresse erschwert wird und im Nothfall die Darreichung von Chloroform. Alsdann folgt die Aufzählung der verschiedenen Dammschutzverfahren, der Ritgensche und Hohl'sche Handgriff, die verschiedenen Methoden der Episiotomie, die subcutane Durchtrennung des constrictor cunni etc.

Polosow: «Zur Frage über den Einfluss der russischen Bäder auf den gesunden Menschen.» (№ 44, 45).

Vorl. Mittheilg.

Kortschak-Tschepurkowsky: «Einige Bemerkungen über Pelagra». (44).

Es ist vielfach übersehen worden, dass diese in Italien, Spanien, Griechenland etc. bekannte Krankheit auch in Russland vorkommt. Es folgt die Beschreibung des klinischen Bildes (Hirsch): schmerzhafte Sensation der Haut, der Verdauungsorgane und des Cerebro-Spinalnervensystems, Kopfschmerzen, Ohrensausen, zuweilen hell- oder dunkelrothe, Flecke auf der Haut und zwar mit Vorliebe auf den von Kleidungsstücken unbedeckten Hautpartien. Diese Erscheinungen beobachtet man gewöhnlich im Frühling, sie vergehen im Sommer, um im kommenden Frühjahr in grösserem Umfange zu recidiviren, wobei es zu Amblyopie, Erweiterung der Pupillen, Doppelsehen, grosser Schwäche, Hautblutungen etc. kommt. Unter typhösen Erscheinungen erfolgt oft der Tod. Verf. fügt hinzu, dass er oft Blasenbildung auf der Haut beobachtet hat, wie bei der Verbrennung 2. Grades. Aus den Berichten der letzten Jahre ist ein sichtbares Umsichgreifen der Krankheit in Bessarabien zu beobachten. Als ursächliches Moment beschuldigt Verf. den Gebrauch des Maismehls, dessen Zerfallsproducte ein glycosidartiges Gift liefert. In den Hungerjahren nimmt die Frequenz der Krankheitsfälle zu.

Nencki: «Ueber die Verwendung des Fichtentheers zur Desinfection.» (№ 43).

Eine 3—5 pCt. Theerlösung ist ein brauchbares Desinficiens, zur Desinfection der Cholerastühle ist eine mindestens 3 pCt. Lösung erforderlich. Der Zusatz eines Alkali erhöht die Wirkung des Desinficiens, das Alkali ruft eine Aufquellung des organischen Gewebes und der Hüllen des Bacterienleibes hervor. Am besten ist eine 25 pCt. alkalische Theerlösung; 14 Theile dieser Lösung kommen auf 100 Theile Dejectionsflüssigkeit. Zur Desinfection von Dielen, Wänden etc. können schwächere Lösungen genommen werden. Die Desinfection der Senkgruben ist eine schwierige: hierbei ist auf 4 Theile Senkgrubenflüssigkeit 1 Theil 25 pCt. alkalischer Theerlösung erforderlich.

S. Heidenreich: «Ein neuer Plessimeter aus Kautschuk». (№ 44).

Im Innern eine Stahlplatte, von aussen Kautschuk.

D. Gortscharenko: «Ein Fall einer beweglichen Leber». (№ 44).

Nach dem Heben einer schweren Last fühlte Pat. einen heftigen Schmerz im Abdomen und litt an gastrischen Störungen jedes Mal nach einer physischen Anstrengung. Sechs Jahre später trat Pat. in Hospital ein: relative Leberdämpfung in der Mamillarlinie von der 6. Rippe an; im fünften Intercostalraum mischte sich zum Lungenschall ein Trommelton, Vorwölbung der rechten Oberbauchgegend, Dämpfung, die Leber undeutlich durchzufühlen in der Mittellinie bis zum Nabel reichend, bei tiefen Respirationsbewegungen Dislocation des unteren Randes.

A. Dazenko: «6 Fälle von geheilter Lungenschwindsucht und einige Worte über die Behandlung derselben in ländlicher Umgebung». (№ 44).

Die Beobachtungsdauer erstreckte sich auf 2—5—6 Jahre. Nach Ablauf dieses Zeitraumes waren bei objectiver Untersuchung keine physikalischen Veränderungen nachzuweisen. Soweit sich bestimmen liess, befand sich ein Fall im Anfangsstadium, drei in einem weiter vorgeschrittenen, bei zweien konnten Cavernen nachgewiesen werden. Das Hauptgewicht wurde auf reine Luft, geräumiges Schlafzimmer, gute Ernährung gelegt.

F. Shigotschew, N. Morosow und S. Jurassow: «Zur Frage über den Einfluss der heissen Luftbäder auf Schwindsüchtige». (№ 45).

Vorl. Mittheilung.

Die N.-Assimilation wird gehoben, der N.-Umsatz herabgesetzt, die Muskelkraft und das Körpergewicht nehmen zu, daher empfehlen Verff. die Anwendung der römischen Bäder bei nicht vorgeschrittener Tuberculose.

S. Kurbatow: «Der Einfluss des Theer-Schwefelkohlenstoffes und Chloroformwassers auf einige Formen pathogener Microben». (№ 45).

Vorl. Mittheilung.

Untersuchungen wurden angestellt an Cholera-, Typhusbacillen, bacill. coli commun, bac. pyogenes aureus et caeruleus, Milzbrandbacterien. Das Theerwasser tödtet nach 10 Min. die Kommabacillen, nach 15—20 Min. Typhusbacillen ab. Das Theerwasser 1:10 behält seine desinficirende Kraft 2 Monate, dasjenige im Verhältniss v. 1:30 geht derselben verlustig Schwefelkohlenstoffwasser 1:40 ohne Alkohol tödtet die Cholerabacillen in 10 Minuten, die Typhusbacillen in 30 Min., das Chloroformwasser die Kommabacillen in 3—6 Stunden, die Typhusbacillen in 12—24 Stunden.

J. Kasass: «Zur Frage über den Einfluss der Malzextracte auf die Verdauung des Magens beim gesunden Menschen». (№ 45).

Vorl. Mittheilung.

Die Malzextracte haben kaum einen Einfluss auf die Verdauung, ihre wohlthätige Wirkung beruht vielmehr auf der leichten Verdaulichkeit derselben.



M. Blumenau: «Zur Aetiologie und Pathogenese der progressiven perniciösen Anaemie. (№ 45 und 46).

Die perniciöse progressive Anaemie kann die Folge sein sowohl der Gegenwart von Parasiten im Darm als auch der Erkrankung lebenswichtiger Organe. Die Parasiten spielen insofern eine Rolle, als sie einen beständigen Reiz auf die Schleimhaut des Darmes ausüben, welcher centripetal auf die Nervenapparate (in der medulla oblongata?) übertragen wird, unter deren Einfluss die Blutbereitung vor sich geht (Botkin). Auch die Ansicht, dass eine Art Autointoxication durch Resorption der Stoffwechselproducte des Bandwurmes die Schuld trägt, hat Einiges für sich. Mittheilung eines casuistischen Falles.

W. Rasumowsky: «Sectio alta mit versenkter Naht der Blase ohne Anwendung des Catheters nach der Operation. (№ 46).

R. führte die Cystopexia aus, d. h. er vereinigte nach Vernähung der Blasenwunde die vordere Blasenwand mit der hinteren Fläche der musc. recti. Durch diese Fixation wird die Blasenwunde vor mechanischer Zerrung bei zunehmender Füllung der Blase geschützt, die Harnentleerung wird in keiner Weise erschwert. Die Anwendung des Catheters verwirft Verf. vollkommen. In 10 Fällen wurde dieses Verfahren angewandt mit gutem Resultat, die Wunde heilte per primam. Die Krankengeschichten sind beigefügt.

M. Dobrotworsky: «Zur Frage über die Entwickelung des Bindegewebes im Hirn». (№ 46).

2 Fälle von Encephalitis, von denen der eine in Abscessbildung, der andere in Hirnerweichung überging. Der Sections- und mikroskopische Befund ist angegeben.

W. Batschinsky: «Zur Casuistik der Complicationen des acuten Gelenkrheumatismus». (№ 46).

B. beobachtete zwei Mal im Anschluss an acuten Gelenkrheumatismus einen eitrigen Ausfluss aus der urethra, wo nach Angabe des Verf. eine gonorrhoische Infection ausgeschlossen werden konnte.

W. Tschernischew: «Zur Frage über den Einfluss des Chlorammonium (pro die 5,0) auf die Assimilation des Stoffwechsels des N und die Quantität des neutralen Schwefels im Harn bei gesunden Menschen». (Nr. 46.)

Vorläufige Mittheilung.

Erhöht wird die Assimilation des N der Nahrung, der Stoffwechsel des N. im Körper, der Procentgehalt der nicht oxydirten Producte des Harns, des neutralen Schwefels im Harn, die Harnabsonderung; herabgesetzt wird die Menge der Faeces, die Reaction des Harns bleibt unverändert, das Körpergewicht fällt.

F. Wetoschnikow: «Zur Frage über den Einfluss der russischen Bäder auf die Assimilation des Fettes der Nahrung beim gesunden Menschen». (Nr. 46.)

Vorläufige Mittheilung.

Vergleichende Angabe der Fettassimilation vor und nach der Wanne.

W. Borowsky: «Zur Casuistik der Syphilis». (Nr. 46 u. 47)

Mittheilung über extragenitale Localisation des Schankers auf Lippen, Tonsillen, Lidern etc.

Th. Heissler: «Ueber die Bedeutung einiger Theerpräparate als Desinfectionsmittel». (Nr. 47.)

Pixol ist sogar in 10 pCt. Lösung nicht im Stande in 24 Stunden vollkommen die Cholerastühle unschädlich zu machen. Eine Phenol-Kalk-Lösung (Danilewsky): 1 Theil Theer auf 20 Theile Wasser und die Soda-Theerlösung können gleichfalls bei 24-stündiger Einwirkung in gleicher Quantität mit den Cholerastühlen die Entwickelung der Bacterien nicht vernichten, dagegen tödtet die alkalische Theerlösung (Nencki) die Bacillen in 10 Minuten.

A. Skworzow: «Ueber die Wirkung der Strophantustinctur auf Alkoholiker». (Nr. 47.)

An 3 Fällen von delirium tremens angewandt: das Mittel rief Uebelkeit, kein Erbrechen hervor und einen auffallenden Ekel vor Alkoholicis. — Diese Wirkung konnte nur bei Alkoholikern erzielt werden, Verf. selbst und einige andere Personen nahmen 7 Tropfen Strophantustinctur ein ohne jede Wirkung.

W. Malinin: «Zur Frage über den Einfluss des Ammonium muriat. (5,0 in 24 Stunden) auf die Assimilation von Fetten und die Verluste durch Haut und Lungen bei gesunden Menschen». (Nr. 47.)

Vorläufige Mittheilung.

Die Fett-Assimilation geht besser vor sich, die Harnmenge nimmt zu, das Körpergewicht fällt, der Wassergehalt der Faeces nimmt zu, der Verlust durch Haut und Lunge nehmen ab.

P. Ssmirnow: «Ueber Massage im Verlauf des Typhus abdominalis». (Nr. 47).

S. wandte die Massage in Fällen von drohendem Lungen- und Hirnoedem, bei passiver Hyperämie der Lungen an, wo interne Mittel ihre Wirkung versagten und Gefahr im Anzuge war. Da sich darüber keine Angaben in der Literatur finden, bildete sich Verf. seine Methode. Bei erhöhter Lage des Oberkörpers massirte S. mit kreisförmigen Bewegungen die Schläfen, das Gesicht und die Seitentheile des Halses, dann tapotement dieser Theile und streichende Bewegungen mit der fest angelegten Handfläche von Stirn und Schläfen über Wangen und Hals, um das venöse Blut der äusseren Hautdecken des Kopfes und Halses in die grösseren Venenstämme zu leiten. Darauf folgte bei Seitenlage des Pat. Massage der einen Thoraxhälfte durch kreisförmige Bewegungen mit der fest aufgelegten Handfläche, woran sich das Bestreichen der Intercostalräume von der Wirbelsäule aus zum sternum hin mit der Spitze des flectirten Fingers schloss (4—6 mal) darauf folgte in entsprechender Lage die Massage der andern Thoraxhälfte. Endlich schloss sich daran die Massage des Bauches und der unteren Extremitäten. Die Sitzung dauerte 15—20 Minuten. Die venöse Stauung ging unter dieser Behandlung rasch zurück, die Erscheinungen des Lungen- und Hirnoedems gingen schnell zurück, die Athemzüge wurden tiefer, der Puls wurde voller und weniger frequent, das Bewusstsein wurde heller. Bisher hat Verf. nur an 2 Pat. sein Verfahren geübt, bei jedem je 2 mal mit Erfolg, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht. Bei der Massage der Intercostalräume glaubt Verf. im Sinne der künstlichen Athmung zu wirken, indem das mechanische Streichen auf die Oberfläche der Lunge günstig wirkt und die Circulation in derselben fördert. Sind Degenerationszustände des Herzens eingetreten, so tritt die günstige Wirkung nicht ein.

J. Kolbassenko: «Zur Frage über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der abgeschwächten Tuberculosis bei Kaninchen» (Nr. 47.)

Vorläufige Mittheilung.

Das Impfmaterial — Eiter mit veränderten Stäbchen erwies sich als schwächer; allgemeine Tuberculose wurde nicht hervorgerufen, nur Granulationsherde auf dem Bauchfell, welche leicht verkalkten, wobei die Leucocyten durch Imbibition mit Salzen die Hauptrolle spielen.

J. Gonadse: «Zur Frage über den Gehalt an Aetherschwefelsäuren im Harn bei Leberkrankheiten». (Nr. 48. 49. 50.)

Bei der gewöhnlichen Lebercirrhose und malignen Neubildungen der Leber ist die relative und absolute Menge der Aetherschwefelsäure vermehrt; bei der hypertrophischen Cirrhose fällt die relative Menge mit der Norm zusammen oder steht unter derselben, die absolute hält sich in den Grenzen der Norm; bei der gemischten Form der Cirrhose sind relative und absolute Menge um ein Geringes vermehrt. Die Ursache der Vermehrung ist in dem chronischen Darmcatarrh, der unausbleiblichen Folgeerscheinung der Circulationsstörung und der Beeinträchtigung der Leberthätigkeit zu suchen.

J. Kasass: «Einige Worte über die Methode von Sjöqvist, Hayem und Winter und die Anschauungen derselben über den Process der Magenverdauung». (Nr. 48.)

Der Gehalt an freier Salzsäure zur Zeit der Verdauung ist gleich Null oder sehr gering, die Salzsäure verbindet sich sofort mit den Eiweisskörpern.

A. Orlowsky: «Schwefelwasserstoff als Product der Ausscheidung einiger Bacterien». (Nr. 48.)

Die Typhusbacillen, bact. coli commun, das Stäbchen Emmerichs bilden H_2S; Zusatz von Eisensalzen zur Gelatine veranlasst eine Schwarzfärbung längst dem Einstich schon am 2. Tage bei der Typhusreincultur, nach 10—12 Tagen bei den der beiden anderen Arten. Auf Gelatine mit Nitroprussid natrium giebt der Typhusbacillus eine schwache, das bact. coli commune eine intensive Blaufärbung. Auf der Gelatine mit Zinksalzen erhält man eine deutliche Schwarzfärbung bei Typhusbacillen, schwächer ausgeprägt ist dieselbe beim bact. coli comm. Das Stäbchen Emmerichs entwickelt wenig H_2S.



W. Okunew: Ein neues Symptom zur Diagnostik der tiefen Affection des proc. mastoideus bei eitrigen Processen im Mittelohr, wie der Knochen überhaupt». (Nr. 48 und 49). Vorläufige Mittheilung.

Ein Guttapercharöhrchen (75 Ctm. lang), dessen Ende mit einem knöchernen Ansatz versehen, in den Gehörgang des Untersuchers passt, dessen anderes Ende in einen Cautschuk-Trichter ausläuft und auf den zu untersuchenden Knochen aufgelegt wird. Eine in Schwingung versetzte Stimmgabel wird auf das Schlafenbein und die Gegend des proc. mastoid. gesetzt und der percipirte Schall mit anderen auf dem knöchernen Schädel vernommenen verglichen. An Ort und Stelle eines Eiterheerdes oder ostalen Processes hat man einen dumpfen, undeutlichen Ton, der sich von einem vom normalen Knochengewebe mitgetheilten Ton deutlich unterscheidet.

S. Ssawitzky: «Ein Fall von stark entwickelten Brustdrüsen bei einem Mann». (Gynäcomastia) (Nr. 48)

Bei einem 21-jährigen Bauer stark entwickelte Brüste: Umfang 32 Ctm., von der Warze bis zum Ansatz der Brust 15 Ctm.; Penis klein, Hoden normal, weibliche Stimme, weites Becken.

L. Scheiniss: «Zur Bacteriologie des weichen Schankers». (№ 48).

S. hält die Ducreyschen Stäbchen für die specifischen Erreger. Eine Impfung mit Eiter aus einem Bubonen giebt nur dann ein positives Resultat, wenn derselbe Ducreysche Stäbchen enthält. Ausser diesen specifischen Microben, finden sich auch andere Bacterien, über deren Beziehung zu den specifischen Erregern noch keine sicheren Angaben zu machen sind.

K. Wagner: «Zur Frage über Parasiten bei Magen- und Darmleidenden. (Nr. 49).

Eine vergleichende Uebersicht über das Vorkommen der verschiedenen Gattungen, die subjectiven Klagen etc. Die Untersuchung des Magensaftes (44 Fälle) zeigte eine Hyperacidität 8 mal, einen normalen HClgehalt 9 mal, einen ungenügenden 27 mal.

L. v. Lingen.

Russkaja medicina 1893. № 39–47.

A. Rawitsch-Schtscherbo: «Ueber die Behandlung der croupösen Pneumonie mit grossen Digitalisdosen nach Petrescu». (Nr. 39–40.)

Verf. hat im Militärlazareth zu Brest die Petrescu'sche Methode der Behandlung croupöser Pneumonie geprüft. Die Erfolge waren zufriedenstellend.

N. Schewelew: «Empyema necessitatis». (Nr. 39).

Bei einem 21-jährigen Soldaten entwickelte sich ein Empyem; der Eiter bahnte sich einen aussergewöhnlichen Weg, er brach im 6. Intercostalraum zwischen der Mamillarlinie und der Axillarlinie durch.

W. Kistjakowski: «Das Glycogen in den Muskeln von Embryonen höherer Thierklassen» (NNr. 42 u. 43).

Verfasser hat sich längere Zeit mit der Frage von dem Glycogengehalt der embryonalen Muskeln beschäftigt; er untersuchte Embryone verschiedenen Alters und unterzog die Muskulatur eingehender Analyse. Nähere Angaben sind im Original nachzulesen; die Tabellen lassen sich schwer wiedergeben.

A. Gamaleïa: «38 Steinoperationen» (Nr. 43 und 44.)

Das Material besteht aus 33 Fällen, die Verf. in tabellarischer Uebersicht zusammengestellt hat. (24 Kranke im Alter bis zu 10 Jahren; 6 im Alter von 10—20 Jahren und 3 im Alter von 20—40 Jahren). In 3 Fällen handelte es sich um ganz kleine Steine, in den übrigen Fällen zeigten die Steine einen Durchmesser von 3 Cm. und ein Gewicht von 2 Gramm. Der grösste Stein wiegte 15,0, der Längsdurchmesser betrug 6 Cm., der Breitendurchmesser 4 Cm. (in diesem Falle wurde die Sectio alta ausgeführt.) Bei den kleinen Steinen wurde die Lithothripsie oder die Sectio mediana ausgeführt. Verf. findet, dass die Sectio lateralis häufig sehr gute Dienste leistet, daher sie nicht wie es einige Autoren thuen, völlig aufzugeben sei. Die Sectio mediana verwirft er jedoch.

A. Popow: «Syphilitische Spinalparalyse, complicirt mit Dementia». (NNr. 45—47.)

Verfasser schildert zunächst das klinische Bild dieser Krankheit; welche bekanntlich vor **Erb** aus der grossen Gruppe der Myelitiden abgesondert und als ganz besondere Erkrankung hingestellt worden ist. Auch russische Autoren, namentlich **Kowalewski** und **Muchin** beschäftigten sich, mit diesem Krankheitsbilde. Namentlich war es ersterer Autor der darauf hingewiesen hat, dass zwar diese Krankheit meistentheils syphilitischen Ursprunges sei, doch noch andere ätiologische Momente zuweilen maassgebend seien (z. B. Lathyriasis). Es hat ferner **Kowalewski** auf ein sehr wichtiges Symptom aufmerksam gemacht, nämlich auf die Steigerung der thermischen Reflexe an den unteren Extremitäten neben der Steigerung der Sehnenreflexe — Aus der **Kowalewski**'schen Klinik beschreibt P. einen Fall von syphilitischer Spinalparalyse, der insofern von Interesse ist. als Symptome der dementia syphilitica das Bild complicirten. Es ist somit hier eine Analogie mit Tabes dorsalis, der sich gewöhnlich die progressive Paralyse anschliesst.

J. Rosenblatt: «Die Todesursache der Thiere nach Thyreoidektomie, experimentell begründet». (Nr. 45 und 46).

Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die Veränderungen welche im Organismus nach Entfernung der Schilddrüse eintreten, zu verfolgen. Die Versuche wurden an Hunden nach der von Bardeleben angegebenen Methode ausgeführt. Nach der Operation lebten die Hunde 1—23 Tage; dabei machte Verf. die Beobachtung, dass eine stärkere Blutung die Krankheitsdauer verlängert, ebenso eine Milchdiät, während der Hunger und die Fleischdiät den lethalen Ausgang beschleunigen. Die tägliche Harnmenge nimmt nach der Operation sofort ab, dabei ist der Harn immer von alkalischer Reaction, penetrant stinkendem Geruch, enthält Gallenfarbstoff und viel Harnsaures Ammoniak; Eiweissspuren fanden sich nur in einem Falle. Bald nach der Operation tritt Analgesie ein, die Thiere werden dabei soporös und verfallen schliesslich in Coma, das an das urämische Coma erinnert. In 5 Fällen beobachtete Verf. einige Tage vor dem Tode blutige Diarrhoe. — Bei der Section der Thiere fand Verf. makroskopisch folgende Veränderungen 1) Hirnoedem (um so stärker ausgeprägt, je länger die Thiere nach der Operation noch lebten 2) Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit in den Hirn-Ventrikeln und im Centralkanal des Rückenmarks. 3) Geringe Hyperämie der Hirnhäute und Ecchymosen in der grauen und weissen Substanz. 4) Hypophysis ohne Veränderungen. 5) Stauungsleber und Stauungsmilz. 6. Ecchymosen auf der Serosa der Leber, der Nieren und der Lungen. 7. In 5 Fällen Blutungen auf der Darmschleimhaut. 8. In einem Falle von Exstirpation der strumös degenerirten Drüse fand sich eine colossale Prostatahypertrophie (von der Grösse zweier Männerfäuste). Eingehende mikroskopische Untersuchung des ganzen Nervensystems ergab. 1. Hirnoedem: — Erweiterung der pericellulaeren und perivasculaeren Räume, Exsudate in der Umgebung der Gefässe. 2. Punktförmige Blutungen per diapedesin in allen Theilen des Central-Nervensystems. 3. Das die Nervenzellen umgebende Capillarnetz deutlich hervortretend. 4. Im Nerventheil der Hypophysis eine Vermehrung der längs den Gefässen liegenden Bindegewebszellen; im Darmtheil der Hypophysis war in einigen Fällen die Colloidmenge vermehrt; Theilungsfiguren in den Hypophysiszellen wurden nicht beobachtet. Diese Veränderungen sprechen nach Verf. nicht für eine vicarirende Hypertrophie, eher für Degenerationserscheinungen, durch Circulationsstörungen bedingt. 5. An den Intervertebralganglien und den peripheren Nerven wurden keine pathologische Veränderungen gefunden. — Nähere Untersuchung der Gefässwände ergab die bekannten **Arnold**'schen Veränderungen der Endothelien, worauf die Durchlässigkeit der Gefässwände zurückzuführen ist.

Von sehr grossem Interesse sind die vom Verf. an den Nieren constatirten pathologischen Veränderungen. Er fand: 1. venöse Hyperaemie, 2. Blutungen per diapedesin in die **Baumann**'sche Kapsel, 3. Erweiterung der Letzteren und Vergrösserung der **Malpigi**'schen Knäule. 4. Fettdegeneration der Epithelien der **Ferein**'schen Pyramiden (viel stärker, als dies normal bei Hunden beobachtet wird). 5. In den Harncanälchen der Rinde einzelne harnsaure Infarcte (harnsaures Ammoniak). 6. In einem Falle, wo der Hund noch 23 Tage lebte, fand Verf. eine grobkörnige Niere. 7. Im Lumen der **Baumann**'schen Kapsel und in den gewundenen Theilen der Harncanälchen fanden sich Häufchen von homogenen colloiden oder hyalinen Kugeln, die den Durchmesser eines rothen Blutkörperchens um das vierfache übertrafen. Die mikrochemische Untersuchung ergab, dass es sich wirklich um Colloidmasse handelte. In normalen Hundenieren konnte Verf. diese Beobachtung nicht machen. Dieselben Kugeln fand Verf. in einem Falle auch im Harn des operirten Hundes (leider wurde in den anderen Fällen darauf wenig geachtet).

Um die Frage zu entscheiden, ob die Erkrankung der Niere bei den thyreodektomirten Hunden wirklich als Todesursache aufzufassen sei, stellte Verf. eine ganze Serie von Experimenten an, wobei nach partieller und totaler Thyreodektomie die eine Niere ausgeschnitten wurde. Die Versuche weisen darauf hin, dass so lange die Nieren normal functioniren und die im Blut der thyreodektomirten Hunde circuli-



renden Produkte ausführen, die Thiere leben können, es genügt nun das Ausschneiden der einen Schilddrüsenhälfte, das von Thieren mit gesunden Nieren ohne Störung vertragen wird, um bei nephrektomirten Thieren den Tod unter den Erscheinungen der Tetanie hervorzurufen. Eine Niere ist offenbar nicht im Stande auch die geringe Toxinmenge auszuführen, welche durch die Exstirpation eines Theils der Schilddrüse entsteht und in's Blut gelangt. Dadurch erklärt auch Verf. die oben geschilderten Einflüsse der Diät: bei der Milchdiät werden die Nieren länger geschont, als bei der Fleischdiät. Auf Grund dieser Experimente spricht sich Verf. dahin aus, dass der Tod nach der Thyreodektomie nicht durch die Veränderungen des Nervensystems bedingt werde, sondern durch die Erkrankung und colloide Degeneration der Niere.

Abelmann.

V. Congress russischer Aerzte.

Abtheilung für innere Medicin

(referirt nach Wratsch № 1, 2 und 3).

Sitzung vom 28. December 1893.
Ehrenpräsident Professor Obraszow.

1. Obraszow: «Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Palpation des Ileum und der Mesenterialdrüsen bei Unterleibstyphus».

Seit 1890 hat Vortragender auf dieses Symptom besondere Aufmerksamkeit gerichtet. Bei Palpation in der rechten fossa iliaca fühlte er bei Typhösen neben dem Blinddarm noch einen Darmtheil von der Dicke eines Zeigefingers, der auf Druck schmerzhaft, häufig von unregelmässiger Configuration war. Dieser Darmabschnitt (6–8 Cm.) lang, lag in der Tiefe der Fossa iliaca und verlief schräg von oben aussen nach unten innen; sein oberes Ende verlor sich an der inneren Fläche des Blinddarms, sein unteres Ende am äusseren Rande des rechten m. rectus abdominis beim Eingange in's kleine Becken. Bei Sectionen überzeugte sich O, dass dieser Darmabschnitt einen Theil des Ileum repräsentirt, und zwar denjenigen Theil, der aus dem kleinen Becken hinaufsteigt und in's Coecum einmündet. Unter 23 Fällen von Unterleibstyphus palpirte O. diesen Ileumabschnitt in 14 Fällen; er überzeugte sich ferner, dass die Fälle, wo dieser Darmabschnitt bei Palpation als uneben, dick und schmerzhaft erscheint, eine schlechte Prognose geben, dagegen in Fällen, wo er schmerzlos und nicht breit ist, der Ausgang gewöhnlich ein günstiger ist. Weitere Beobachtungen ergaben, dass ebenso prognostisch wichtig die Palpation der Mesenterialdrüsen in der Mitte des Leibes, zwischen dem Rande des m. rectus und dem aufsteigenden Colonschenkel sein kann. In den letzten 4 Monaten beobachtete Vortr. 12 Fälle von Typhus abdominalis; in 7 leichten Fällen konnten die Mesenterialdrüsen nicht palpirt werden, in einem Falle gelang dieses wohl, doch genas der Patient, in einem Falle konnte O. die vergrösserten Drüsen abtasten, der betreffende Patient starb an Perforativperitonitis, in einem anderen Falle gelang es O. sowohl den verdickten und schmerzhaften Ileumabschnitt, als auch die Drüsen hindurchzufühlen, auch dieser Kranke starb an Perforationsperitonitis. Vortr. meint, dass sowohl die Palpation des verdickten, auf Druck schmerzhaften Ileumabschnittes, als auch das Abtasten der vergrösserten Mesenterialdrüsen diagnostisch und prognostisch verwerthet werden können; Vorsicht ist bei der Palpation geboten.

K. Wolowski bemerkt, dass die Technik der Palpation der Bauchhöhlenorgane durch die Methode von Glénard vereinfacht wird; mittelst dieser Methode gelinge es in den meisten Fällen die vergrösserten Mesenterialdrüsen durchzufühlen, so dass dieses Symptom wohl kaum prognostischen Werth habe. Auch K. Wagner und Geissler sprechen dieser Palpation jeden prognostischen Werth ab, dabei könnte oft gegen das Princip «ne noceas» gesündigt werden.

2. K. Wagner: «Wie häufig werden Fälle von Fehlen der Salzsäure im Magen beobachtet?»

Es wurden 216 (126 Frauen und 90 Männer) Fälle von chronischen Magen- und Darmaffectionen darauf hin untersucht. In 39 Fällen wurde keine Salzsäure gefunden, davon war nur in 6 Fällen Carcinom zu constatiren, bei 33 Fällen deutete sonst nichts auf ein Krebsleiden hin.

Es wurde somit von 210 Fällen von chronischen Affectionen des Magendarmtractus in 15,71 pCt. Fehlen von HCl. beobachtet. Auf Grund dieser Beobachtung spricht W. dem Fehlen der Salzsäure jeden diagnostischen Werth ab. Die 33 Fälle theilt W. in 2 Abtheilungen ein a) 12 Fälle; wo die Reaction des Magensaftes neutral oder alkalisch war und keine Peptonreaction vorhanden war, b) 21 Fälle: saure Reaction, Peptonreaction. Das Fehlen von HCl. wird am häufigsten im Alter von 20—30 Jahren beobachtet. W. schliesst sich der Meinung an, dass das Fehlen von HCl. zur carcinomatösen Erkrankung führen könne, nicht aber bedinge der Krebs das Fehlen der Salzsäure.

In der Discussion behauptet Lewin, dass das constante Fehlen von Salzsäure wohl von diagnostischer Bedeutung sei; der atrophische Magencatarrh gehöre zu den seltenen Erkrankungsformen, desshalb käme in erster Linie immer das Carcinom in Betracht.

Tscheglow referirt über einen Fall, wo die Krebsgeschwulst aus einem vernarbten Magengeschwür hervorgegangen war; der Magensaft enthielt Salzsäure in grossen Mengen.

3. Th. Geissler: «Zur Frage von den Oedemen ohne Albuminurie».

Vortrag erscheint ausführlich im Wratsch.

Abelmann.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

I. Sitzung am 30. December.

Wahl des Prof. M. D. Ponomarew (Charkow) zum Ehrenpräsidenten.

I. W. G. Baraz: «Ueber Maassregeln zur Bekämpfung der Blenorrhoe der Neugeborenen» (in Abwesenheit des Autors verlesen von I. W. Troitzky).

Die völlige Unbekanntheit der Bevölkerung mit der Aetiologie dieser Erkrankung und mit den Mitteln zu ihrer Verhütung ist der Grund ihrer ausserordentlichen Verbreitung nicht nur unter der ländlichen, sondern auch städtischen Bevölkerung. Da die Mütter sich ausserdem meist zu spät an den Arzt wenden, sind die traurigen Folgen der Blenorrhoe der Augen häufig nicht mehr zu vermeiden. Die «Gesellschaft zur Unterstützung kranker Kinder» in Kiew hat daher ihre besondere Aufmerksamkeit auf diese Krankheit gerichtet. Vom Mai 1882 bis December 1893 betrug die Zahl der Augenkranken 4,22 pCt. der Gesammtzahl der im Ambulatorium der Gesellschaft Behandelten; an Blenorrhoe litten 9,27 pCt. der Augenkranken (oder 0,4 pCt. aller Kranken). In den Sommermonaten wuchs ihre Zahl. Unter ihnen war ein 3-tägiges Kind; die übrigen waren 3 Tage bis 6 Mon. alt. Was nun die Maassregeln zur Verhütung der Krankheit anbetrifft, so hält B. die Ausgabe populärer Brochüren, öffentliche Vorlesungen etc. für ungenügend und plaidirt für Bekanntmachung der Geistlichen mit dem Credé'schen Verfahren, da dieselben die Neugeborenen bald nach der Geburt zu Gesicht bekommen und rechtzeitig die Erkrankung verhüten können.

In der Discusion wird allgemein das Verfahren Credé's als das beste anerkannt und von dessen erfolgreichen Einführung an einigen Orten Russlands im Sinne des Vortrages berichtet. Die weitere Durchführung und Verbreitung dieser Maassregel wird auf Antrag des Vorsitzenden der Abtheilung für öffentl. Gesundheitspflege übergeben.

2. Prof. N. I. Bystrow (Petersburg): «Ueber die Verbreitung der Rachitis unter den Kindern der ländlichen Bevölkerung einiger Ortschaften des Waldai'schen Kreises (Gouv. Nowgorod)».

Nach Erwähnung der bekannten Theorien über die Ursache der Rachhitis schildert Vortr., der die Sommermonate am obengenannten Ort zu verbringen pflegt, die dortigen Klimat- und Wohnungsverhältnisse. Er schätzt die Anzahl der rachitischen Kinder daselbst (bis zum 3. Jahre) auf mehr als 60 pCt. Die schlechten Wohnungsverhältnisse, die frühzeitige Abnahme von der Brust und der durch schwere Arbeit geschwächte Organismus der Mutter wirken begünstigend auf die Entwickelung der Krankheit. Angeborene Rachitis beobachtete Vortr. in 5 Fällen (alles Städter), acutes Auftreten in 2 Fällen (ein Kind von 11 Monaten, das andere von 8 Jahren). Alle übrigen Fälle verliefen chronisch. Zum Schluss schlägt Vortr. folgende Maassregeln zur Verhütung der Rachitis vor: 1) Bekanntmachung der Geistlichen mit den Grundregeln der Kinderernährung; 2) Bekanntmachung der Hebammen mit denselben; 3) Herausgabe von populären Regeln über Kinderernährung von Seiten der Landschaft; 4) verständige und leicht fassliche, dem Bildungsgrad der Bevölkerung entsprechende Redaction dieser Regeln; 5) Eröffnung von Krippen für die Kinder der arbeitenden Bevölkerung in den Häusern der Gutsbesitzer.

In der Discussion giebt auf Anfrage des Vorsitzenden über die Häufigkeit der Rachitis Troitzky für Kiew über 50 pCt. an, ebenso Kissél für Moskau. G. D. Sokolow macht auf den Einfluss der Ernährung aufmerksam. Die Tatarenweiber der Krim, wo R. sehr selten ist, säugen ihre Kinder ca. 1½—2 Jahre. Im Allgemeinen nimmt die R. gegen Norden zu. Mit den Vor-



schlägen des Vortr. ist er vollkommen einverstanden. Auf Bystrow's Antrag wird die weitere Discussion auf die nächste Sitzung verschoben, zu der ein zweiter Vortrag über Rachitis angemeltet ist.

II. Sitzung am 31. December 1893
unter Vorsitz des Priv. Doc. J. W. Troitzky (Kiew).

1. J. W. Troitzky: «Unentgeltliche Verabreichung sterilisirter Milch am Ambulatorium der Gesellschaft zur Unterstützung kranker Kinder in Kiew».

Die nach Bedarf verdünnte und unverdünnte Milch wurde im Apparat von Tedeschi (Padua), der ca. 250 Rbl. kostet, bei 100° im Verlauf von 4 Stunden sterilisirt, wobei die Temperatur dank einem Regulator, konstant bleibt. Die in $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Literflaschen steril. Milch wurde im Sommer auf Eis aufbewahrt. Im Apparat können 2—3 Wedro Milch auf einmal sterilisirt werden. Die Milch wurde verabreicht Säuglingen, die an Magendarmkrankheiten litten und überhaupt in der Ernährung heruntergekommenen Kindern. In 3 Monaten wurden 1244 Flaschen vertheilt. Das Resultat war ein sehr befriedigendes. Die sterilisirte Milch wurde besser vertragen als die gekochte.

In der Discussion bemerkte A. A. Kissel, dass im Olgahospital zu Moskau seit 4 Jahren nur gekochte Milch angewandt wird und mit derselben ebenso gute Resultate, wie mit der sterilisirten Milch erzielt wurden.

2. W. F. Jakubowitsch (Petersburg): «Zur Lehre der postmortalen Temperatur und über das Wesen des Fiebers bei Kindern».

Vortr. hat in 5 Jahren an 42 Leichen stündliche Temperaturmessungen die ersten 24 Stunden nach dem Tode gemacht und dabei gefunden, dass die Schnelligkeit des Temperaturabfalls weder von der Temperatur im Moment des Todes noch von der vorhergehenden Krankheit abhängt. Der Abfall der Temperatur vollzieht sich sprungweise und unregelmässig, was eine postmortale Wärmeentwickelung beweist. Doch ist die Wärmeabgabe stets grösser als die Wärmeproduction. Nach Verlauf von 24 Stunden ist die Temperatur der Leiche gewöhnlich höher als die Zimmertemperatur. In den ersten 5—6 Stunden nach dem Tode wird am meisten Wärme abgegeben, besonders aber in der ersten Stunde (0,1—3,2°). Bei kleinen Kindern sinkt die Temperatur schneller. Eine postmortale Temperaturerhöhung tritt bei Kindern äusserst selten auf. Die Ursache der postmortalen Wärmeproduction, die sich weder durch bacterielle Einwirkung, noch durch Beeinflussung von Seiten eines cerebralen Wärmecentrums erklären lässt, sieht J. in vorläufig noch unbekannten chemischen Processen, die in der Leiche 5—28 Stunden nach dem Tode vor sich gehen. Diese Untersuchungen erklären auch das Wesen des Fiebers. Nach J. spielen bei der Entstehung des Fiebers alle Gewebszellen eine Rolle, da sie, durch Bacterien oder sonstige Ursachen gereizt, mit gesteigerter chemischer Umsetzung reagiren und dabei Wärme producirt wird. Die durch Steigerung der Wärmeabgabe wirkenden Antifebrilia verfehlen daher ihren Zweck und müssten ganz aufgegeben werden. Die Zukunft gehört den Antitoxinen (Tetanus, Diphtherie).

In der Discussion giebt Vortr. auf Befragen an, dass die Leichen ebenso angekleidet und bedeckt waren, wie im Moment des Todes. Die Zimmertemperatur war 14—15°R. D. A. Sokolow hält die Versuche für wenig beweisend, da die Bedingungen nicht bei allen Leichen die gleichen gewesen sein können. E. S. Botkin bemerkt, dass die Antitoxine nicht auf das Fieber sondern auf die Krankheit selbst wirken sollen. Sie erhöhen sogar die Temperatur. J. W. Troitzky möchte die Antifebrilia bei Kindern nicht missen; natürlich sollen sie verständig angewandt werden.

3) N. P. Gundobin (Petersburg): «Zur Pathologie der Dentition».

Das Zahnen ist ein physiologischer Vorgang, der aber sehr wohl Grund zu Erkrankungen abgeben kann, wie andere physiologische Vorgänge. Unter 80 Kindern sah G. 6 Mal locale und 2 Mal allgemeine Entzündung des Zahnfleisches, die nur vom Zahnen abhingen. Krämpfe beobachtete er 2 Mal. Beide Kinder waren rachitisch. Der mehr oder minder starken Entwickelung des Epithelbelags des Zahnfleisches misst G. eine gewisse Bedeutung bei. Zum Schluss formulirt Vortr. seine Anschauungen folgendermaassen: 1) Krankheitserscheinungen treten in seltenen Fällen in Folge von Dentition auf. 2) Beobachtungen an rachitischen, scrophulösen und ähnlichen Kindern sind auszuschliessen. 3) Ein Endresultat kann nur durch unmittelbare ärztliche Beobachtung der Kinder und histologische Untersuchungen gewonnen werden.

In der dritten und letzten Sitzung vom 2. Januar 1894 (unter Vorsitz des Priv. Doc. Troitzky) wurde nach einem Vortrage W. P. Shukowsky's: «Ueber die Häufigkeit der Rachitis unter den Arbeiterkindern Petersburgs», der in der Mitte vom Vorsitzenden unterbrochen werden musste, ein Vortrag von A. A. Schepilewsky: «Ueber das ärztliche Berufsgeheimniss in Bezug auf Unmündige» gehalten.

Weyert.

Cholera-Section.

1. Sitzung 29. Decemb. 1893, eröffnet vom Vorsitzenden S. S. Botkin. Zum Ehrenpräses gewählt Prof. Th. Erismann.

J. W. K. Wyssokowitsch: «Ueber die Choleraepidemie in der Stadt Charkow in den Jahren 1892—93».

Bei einer Einwohnerzahl von 200,000 waren 1892 nur 52, 1893—48 Cholerafälle unter den Einheimischen, obwohl die zugereisten Kranken anfangs ohne alle Vorsichtsmaassnahmen auf gewöhnlichen Droschken in die Hospitäler expedirt wurden. In Wirklichkeit sind die Erkrankungen an Cholera asiat. noch seltener gewesen, weil in den angegebenen Zahlen auch Chol. nostr. mit einbegriffen ist. Während früherer Epidemien ist die Erkrankungsziffer für Chol. in Charkow viel höher gewesen. Dieser Unterschied ist nach Meinung des Vortragenden durch den Umstand zu erklären, dass die Stadt seit 1881 mit gutem Quellleitungswasser versehen ist. Ueberhaupt hat die Mortalität seit der Anlage der Wasserleitung sich von 40—60 pro mille bis auf 27—20 pro mille verringert. Ohne die Ansteckungsmöglichkeit für die Cholera auf anderem Wege zu leugnen, vindicirt Vortr. der Wasserversorgung eine hervorragende ätiologische Bedeutung.

II. G. G. Boshinski—Boshko: «Bericht über die Cholera-Epidemie von 1893 auf der Station Kursk. — Von wo ist die Cholera nach der Niederlassung Jamskaja bei der Station Kursk unmittelbar eingeschleppt worden? — Ueber den Einfluss verschiedener Bezugsquellen für das Trinkwasser auf den Gang der Epidemie von 1893 unter den Angestellten der Eisenbahn».

Vortragender ging bei seinen Maassnahmen und Anordnungen anfänglich von der Voraussetzung aus, dass die Cholera meist direct übertragen wird, wurde aber im Lauf der Epidemie anderer Ansicht auf Grund folgender Thatsachen. Am 13. Juli 1892 kam der erste Kranke auf der Stat. K. mit der Bahn an. Der Perron wurde mit seinen Ausleerungen verunreinigt. Gleich darauf passirte den Perron eine grosse Partie Arbeiter, welche sich nach der nahegelegenen Niederlassung Jamskaja begab. Jetzt wurde in Jamskaja die Cholera erwartet und dort ein Hospital eingerichtet, statt dessen brach sie in der in entgegengesetzter Richtung von der Station gelegenen Stadt Kursk und ihren Nachbardörfern aus. In Jamskaja trat sie erst viel später und sehr schwach auf. Bald darauf gelang es unter einer Partie von Erdarbeitern, welche schon im März aus unverdächtigen Gegenden zugezogen waren, die Cholera zum Stillstand zu bringen und zwar durch das Verbot rohes Wasser aus dem Flusse Sseim zu trinken, an dessen oberen Laufe gerade die Cholera wüthete. Am 13. September 1892 fand eine Procession nach K. statt, wobei viel Volk aus der Nachbarschaft zur Stadt gekommen war. Gleich nach diesem Ereigniss entstanden 2 neue Choleraheerde, von denen der eine sich am Flusse Tuskar oberhalb Jamskaja befand. Aus diesem Flusse erhält auch die Station K. ihr Leitungswasser. Nun erschien die Cholera auch auf der Station und in Jamskaja, besonders in den Häusern am Flussufer. Noch prägnanter kam die Bedeutung des Trinkwassers im Jahre 1893 zum Ausdruck, wo es sich erwies, dass von 130 Cholerafällen in Jamskaja die überwiegende Mehrzahl aus Häusern stammte, wo Wasser aus dem Tuskar getrunken wurde, während die Brunnenwassertrinker verschont blieben, obwohl sie sich oft unter viel ungünstigeren hygienischen Bedingungen befanden.

Aus seinen statistischen Aufzeichnungen theilt Vortr. Folgendes mit. Männer und Frauen erkrankten gleich häufig. Die häufigsten Erkrankungen fallen auf das Alter von 20—40 (dieses Alter überwiegt unter der Bevölkerung). Bei gleichem Erkrankungsprocent ist die Mortalität unter den Männern (55,9 pCt.) grösser als unter den Frauen und Kindern bis 15 Jahren (27,9 pCt.), wofür Vortr. den Alcoholmissbrauch als Erklärung heranzieht. Am leichtesten wird die Cholera überstanden mit 10—20 Jahren. Ueber 60 Jahre gab 75 pCt., 50—60 Jahre 50 pCt. Mortalität. Im Hospital war die Mortalität grösser als bei Behandlung im Hause, 1) weil überhaupt meist die Schwerkranken in's Hosp. gebracht werden, 2) der Transport an sich schädlich wirkt, 3) weil viele erst im Stad. algid. ins Hospital geschafft werden.

III. S. J. Dubenski: «Bericht über die Cholera-Epidemie von 1893 im Nowossilschen Kreise des Gouvernements Tambow».

Die Bevölkerung war in den beiden vorhergehenden Jahren durch Missernten oekonomisch und physisch geschwächt wor-



den. Im Jahre 1893 war die räumliche Ausdehnung der Epidemie grösser als 1892 und zeichnete sich durch typischen Verlauf aus, indem sie sich an den befallenen Orten ununterbrochen 7 Wochen lang hielt und in der 3. Woche eine bedeutende Steigerung der Erkrankungsziffer aufwies. Zur Bekämpfung der Epidemie wurde neben medicinischer Hilfe für Einrichtung von Thee- und Speisehäusern und für Kornvertheilungen gesorgt. Wo die Bauern bereitwillig in die Hospitäler eintraten, war die Mortalität im Hospital geringer als in den Häusern. Es gehört Erfahrung dazu um die Bauern zum Eintritt in die Hospitäler zu bewegen. Vortr. räth, Studenten der beiden letzten Curse (Jahrgänge) im Sommer zur Landpraxis aufzufordern, damit sie die Eigenart des Landvolkes genauer kennen lernen.

IV. M. J. Arustamow: «Ueber die Bekämpfung der Cholera-Epidemie von 1892 in Astrachan».

Zunächst Beschreibung des Weges der Cholera aus Indien über Afganistan, Persien Transkaspien und den Kaukasus; Hinweis auf die Bedeutung der Pilgerfahrten der Ostvölker nach Mesched für die Verbreitung der Chol. und auf die Beschleunigung der Cholerawanderung durch die Anlage der transkaspischen Bahn. Der russische Consul in Meshed kann von der Annäherung einer Epidemie erst dann Meldung thun, wenn sie bereits dort am Ort stark entwickelt ist. Vortr. verlangt daher, dass dem Consul Aerzte zur Seite gestellt werden, welche jeden verdächtigen Fall untersuchen und gegebenen Falls rechtzeitig berichten können. 1892 war die Cholera schon auf russischem Gebiet, als man sich erst zu Schutzmaassregeln anschickte.

Auf der Rhede von Astrachan wurde ein schwimmendes Hospital mit 30 Betten eingerichtet. Auf einer 2. Barke ein bacteriologisches Laboratorium und auf einer dritten Desinfectionsvorrichtungen für Waaren und Menschen (es konnten 300—400 Mann schon täglich abgefertigt werden). Der erste Cholerafall wurde auf einem Dampfer am 12. Juni entdeckt. Späterhin war der Zuzug von Kranken so gross, dass besondere geräumige Baracken auf dem Festlande errichtet werden mussten. In der Stadt Astrachan brach die Epidemie am 14. Juni aus, erreichte nach 10 Tagen das Maximum, hielt sich auf diesem 2 Wochen und sank dann in 20 Tagen zum Minimum ab. Ebenso verläuft die Epidemie gewöhnlich auch in Persien wo keinerlei Schutzmassnahmen ergriffen werden; auch dort steigt die Mortalität nicht über 3—4 pCt. der Gesammtbevölkerung. Daher verdienen die Desinfectionsmaassnahmen keine besondere Beachtung. Zur Erklärung des Erlöschens der Cholera genügt nicht die Annahme, dass die Bevölkerung immun geworden sei, denn 1) einmaliges Ueberstehen der Cholera schützt nicht vor Wiedererkrankung, 2) in heissen Gegenden läuft die Epidemie schneller zu Ende als in kalten, wo sie sich Jahrelang hält. Nach Beobachtungen des Vortr. entwickeln sich die Bacterien der Cholera und des Thyp. abd. zwar schneller bei 37° C., verlieren dafür aber auch schnell ihre Virulenz; bei niedriger Temperatur tritt das umgekehrte Verhalten ein.

V. W. J. Grebenschtschikow demonstrirt statistische Cholera-Karten.

An die Vorträge schloss sich eine lebhafte Debatte, vorwiegend über die Bedeutung des Trinkwassers für die Verbreitung der Cholera. Gegen die Bedeutung sprachen sich aus Kolski, Dalshenkow, Lebedew, Erismann. Es nahmen ausserdem an der Debatte Theil: Schtscheglow, Jawein, Lewin, Geisler Moltschanow. Ferner: Wlaew stellt die Mortalität an Chol. in directe Abhängigkeit von der Virulenz der Commabacillen; Beloussow theilt einen Fall mit, wo eine Gruppeninfection durch Genuss von Wasser aus einem commabacillenhaltigen Brunnen stattgefunden hatte; Wassiliew berichtet, dass von 15 Soldaten welche an einem Flusse arbeiteten, einer erkrankte und zwar nach Genuss von Flusswasser — im Regiment war noch keine Cholera gewesen, wohl aber in der am Fluss gelegenen Stadt; S. Botkin hat in mehreren Fabriken mit eigener Wasserleitung die aufgetretane Chol. erlöschen sehen, sobald die Wasserleitungen geschlossen wurden.

2. Sitzung 31. December 1893.

Ehrenpräses Prof. Lukjanow darauf Priv. Doc. Wyssokowitsch.

I. Prof. M. J. Afanassjew in seinem und Frl. N. K. Schulz Namen: «Ueber den Nachweis von Koch'schen Cholerabakterien im Newa-Wasser».

Im Auftrage von Dr. Roschtschinin hatte Prof. Poehl das Wasser im Winterpalais, welches seine eigene Wasserleitung besitzt in Untersuchung genommen. Als er in den Wasserproben, welche mit einem Zusatz von 1 pCt. Pepton und NaCl. 2—3 Tage bei 37 °C. gestanden hatten, Cholerarothreaction erhielt und unter anderen auch gekrümmte Stäbchen fand, übergab er die weitere Untersuchung dem Vortragenden. Diesem gelang es nicht sogleich Reinculturen durch das Plattenverfahren zu erzielen, sondern erst nach combinirter Umzüchtung auf Peptonlösungen und Platten. Die Bacillen entsprachen besonders in den Bacillenculturen durchaus den Koch'schen. In Gelatine- und Agarculturen wurden auch mehr gerade Stäbchen gefunden, welche den bipolaren Stäbchen Wiltschur's völlig gleich waren. Die Colonien auf Gelatineplatten waren für Cholerabacillen characteristisch. Milch brachten die Bakterien nicht zur Gerinnung; in Peptonlösungen gaben sie die Cholera-roth-Reaction. Meerschweinchen wurden von ihnen unter Temperaturerniedrigung getödtet Da nebenher auch Bac. coli com. gefunden wurde, so muss die Leitung so angelegt sein, dass sie beständig durch menschliche Ausleerungen verunreinigt werden kann. Dieses Auffinden von Choleravibrionen im Newa-Wasser gerade während eines erneuten Aufflackerns der bereits erlöschenden Epidemie, verdiente nach dem Vortr. Beachtung, auch wenn das Wasser nicht die einzige Infectionsquelle ist.

Die Debatte (Steinberg, Karamanenko, Botkin, Erismann, Lukjanow) dreht sich um die epidemiologische Bedeutung des Befundes.

II. M. A. Schtscheglow: «Bericht über die bakteriologischen Untersuchungen, ausgeführt im bakteriologischen Kabinet des Landschaftshospitals für das Gouvernement Tula während der Cholera-Epidemie 1893».

Vortr. weist unter anderem darauf hin, dass auf Grund eines negativen Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung, die Diagnose auf Cholera nicht bestritten werden darf, da das Resultat der Untersuchung auch von dem Zeitpunkte abhängig ist, wann dieselbe vorgenommen wird.

Debatte: Geisler sagt, die Commabacillen werden gewöhnlich nur bis zum 6. selten bis zum 18. Tage im Stuhl gefunden. Lewin: Der negative Befund ist nur beweisend, wenn eine andere pathog. Bakterie gefunden wird; sonst ist das Nichtauffinden der Commabacillen auf technische Fehler zu schieben. Zur Zeit der Epidemie kommen auch Gastroenteritiden vor, bei denen dann eine andere Bakterie gefunden wird z. B. Bac. coli com. bisweilen fast in Reincultur. Steinberg fand Commabac. bei einem Kranken, welcher nur Durchfall (nicht Cholerastühle) und niedrige Temperatur (35,8—36°) hatte.

III. N. A. Schmitz: «Ein Fall von Complication der Cholera (Recidiv) mit Muskelcontracturen».

12 jähriger Knabe hat den ersten Choleraanfall vom 22. bis 30. Juli. Das Recidiv beginnt am 7. August mit Durchfall, Erbrechen und Krämpfen. Tags darauf hört der Durchfall auf, die Krämpfe dauern fort, 38°; am folgenden Tage 40°; bis zum 10. Krankheitstage bleibt die Temperatur hoch und sinkt dann in 4 Tagen zur Norm. Am 4. Krankheitstage entstehen plötzlich Contracturen in allen Gelenken des rechten Armes und der rechten Hand, im rechten Knie und in beiden Füssen, so dass dieselben Equin-Stellung einnahmen. In den contr. Gelenken ist active und passive Bewegung unmöglich. Nach einer Woche gesellt sich Ausglättung der linken Gesichtshälfte hinzu; die Zunge inclinirt nach links. Therapie: warme Wollbäder, Chloralhydrat, Brompräparate. Dauer der Krankheit 7 Wochen. Die Besserung beginnt 1. September. Dieser Fall von Cholera-Starrkrampf unterscheidet sich von den von Eichhorst, Strümpell und Diculafoy beschriebenen hauptsächlich dadurch, dass die Krämpfe nicht anfallweise auftraten, sondern über 1½ Monaten continuirlich fortbestanden.

IV. N. D. Wolkow: «Einige Sonderheiten der Choleraverbreitung in den Jahren 1892—93, beobachtet im Orlow'schen Gouvernement».

Trotz der allseitigen Einschleppung entwickelte sich die Epidemie doch nur in bestimmten Kreisen. 1892 waren hauptsächlich ergriffen das Don- und Ssosna-Bassin, 1893 das Oka-Bassin, während die beiden erstgenannten Bassins frei blieben.

Debatte: Dubenski nimmt einen Zusammenhang zwischen der Cholera-Verbreitung und den ökonomischen Bedingungen (z. B. Misswachs) an. Schtscheglow hat einen solchen Zusammenhang nicht beobachten können, wohl abar das Gegentheil.

Woblyi kommt wieder auf die directe Uebertragung der Cholera zu sprechen.

Priv. Doc. Wyssokowitsch schliesst die Sitzung mit einigen Worten über den Werth jeder Beobachtung, welche zur Klärung der Verbreitungsfrage der Cholera beitragen kann.

Wladimiroff.

Дозв. ценз. Спб. 25 Февраля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

V. Congress russischer Aerzte.

Section für Augenkrankheiten.

Nach dem Originalbericht des Dr. R. Katz, Wratsch 1894. № 1.

I. Sitzung am 28. December.

Präsident Prof. A. W. Chodin.

1. Prof. Bellarminow: «Kurzer Bericht über die Thätigkeit der augenärztlichen fliegenden Colonnen».

Die sog. «fliegenden Colonnen» wurden im vergangenen Sommer vom Blindencuratorium der Kaiserin Maria Alexandrowna ausgesandt, um der Landbevölkerung einiger Gegenden des Reiches die nöthige augenärztliche Hülfe zu leisten und zugleich das Bedürfniss der Bevölkerung nach einer solchen kennen zu lernen. Es wurden in verschiedene Gouvernements im Ganzen 7 Augenärzte commandirt, unter welchen auch der Vortr. sich befand. Die Thätigkeit der Colonnen hat sich als äusserst fruchtbar erwiesen: Bei einer durchschnittlich 1½—2 monatlichen Dauer der Abcommandirungen wurden im Ganzen 1466 Augenoperationen, darunter 228 Staarextractionen gemacht. Da die abcommandirten Aerzte rasch das Vertrauen der Bevölkerung gewannen, wurden sie von hilfesuchenden Augenkranken überlaufen. Hierdurch ist das dringende Bedürfniss der Landbevölkerung nach augenärztlicher Hilfe und der empfindliche Mangel einer solchen bei der gegenwärtigen Organisation des Medicinalwesens in der Provinz zur Evidenz erwiesen. (Der Bericht wird in extenso veröffentlicht werden).

In der recht lebhaften Discussion (Tairow, Dolshenkow, Dubrowo, Denotkin, Kortschak, Roshdestwenski, Reich) sprechen sich die meisten Redner, so besonders auch einige Landärzte, sympathisch über das Institut der fliegenden Colonnen aus. Zugleich aber wird betont, dass die so grosse Arbeitsleistung derselben im Vergleich mit dem überall im Reich vorhandenen Bedürfniss dennoch nur verschwindend gering sein kann. Daher sollen zum Kampfe gegen die Augenkrankheiten und gegen die Blindheit allenthalben die localen Kräfte, die ortsansässigen Aerzte, also besonders die Landärzte herangezogen werden; man gebe diesen die Möglichkeit, sich in der Augenheilkunde weiter auszubilden und zugleich die Mittel, dieselbe auszuüben. (Dolshenkow, Chodin.)

2. Dr. Schroeder: «Zur Frage der mechanischen Behandlung des Trachoms».

Vortr. empfiehlt, nach einem Ueberblick über die Entwickelung der mechanischen Trachombehandlung, auf Grund reicher eigner Erfahrung die von ihm vor 5 Jahren, bei Gelegenheit des III. Congresses, angegebene Ausbürstung der Trachomfollikel mittels eines Metallpinsels. Das Instrument dringt bequem in alle Taschen und Falten der Conjunctiva und es gelingt so meist in einer Sitzung alle sichtbaren Follikel zu beseitigen. Tiefer sitzende Follikel pflegt Vortr. ausserdem mit der Pincette auszudrücken, diffus infiltrirte Falten der Conjunctiva excidirt er mit der Scheere. Die Heilung nach dem Eingriff geht unter Anwendung von Sublimatumschlägen (1:6000) rasch von statten, die Patienten können schon nach einigen Tagen wieder arbeiten. Manchmal zeigt die Conjunctiva am folgenden Tage einen fibrinösen (croupösen) Belag; die Schwellung ist immer nur eine sehr geringe, Läsionen der Cornea kommen bei einiger Vorsicht nicht vor. Der Eingriff ist trotz Cocain schmerzhaft, aber doch nicht mehr als bei den anderen Methoden. Die manchmal — aber durchaus nicht immer — restirenden Narben sind immer nur unbedeutend, meist ganz oberflächlich, strichförmig. Recidive, welche bei dieser Methode ebenso wie bei jeder anderen gelegentlich vorkommen, werden in derselben Weise behandelt.

(Discussion: Wygodski, Peunow, Wolkow).

3. Dr. Schönberg: «Zur Aetiologie des trachomatösen Entropium der Lider».

Für die Entstehung des trachomatösen Entropium ist nicht die narbige Schrumpfung der Conjunctiva, sondern der Pannus trachomatosus und der durch diesen hervorgerufene und unterhaltene Blepharospasmus verantwortlich zu machen. Der Pannus ist (nach Raehlmann) nicht die Folge mechanischen Insultes der Cornea, sondern eine Localisation des trachomatösen Processes: «Trachoma corneae». Oft fehlt bei narbiger Schrumpfung der Conjunctiva das Entropium: andrerseits sah Vortr. in einer Reihe von Fällen bei Abwesenheit jeglicher Narben in der Bindehaut des oberen Lides, aber bei gleichzeitig bestehenden Pannus, eine Formveränderung des Lidrandes, bestehend in einer Abschleifung der hinteren Lidkante, wodurch schliesslich der intermarginale Lidkantentheil in eine Ebene mit der Conjunctiva rückt. Diese Formveränderung ist auf Druckwirkung seitens des spastisch contrahirten M. orbicularis zurückzuführen, welcher die Lidkante gegen den Bulbus drückt. Weiterhin kommt es auch zu einer Verkrümmung des ganzen Lidknorpels. Aus dieser Theorie ergiebt sich als praktische Folgerung, dass nach der Operation des Entropium jederzeit ein Recidiv eintreten kann, solange die pannöse Keratitis fortbesteht.

Discussion: (Bellarminow, Dohnberg, Rudin.)

Prof. Bellarminow hält es, beim Mangel anatomischer Untersuchungen, nicht für gerechtfertigt, dort, wo die Conjunctiva an ihrer Oberfläche keine Narben zeigt, solche überhaupt, auch in den tieferen Schichten auszuschliessen. Dass der Blepharospasmus an sich, bei gesundem Lidknorpel, nicht zu Entropium führt, lehrt u. a. die tägliche Erfahrung bei der scrophulösen Keratitis.

4. Prof. Dohnberg: «Ueber die Aseptik in der Augen-Chirurgie».

Nach einigen einleitenden Worten über die Vorzüge der Aseptik gegenüber der Antiseptik, schildert Vortr. das seit 1½ Jahren von ihm im klinischen Institut und in seiner Privatheilanstalt geübte Verfahren. Dasselbe besteht wesentlich in Folgendem: Abwaschung der Wände und der Diele des Operationszimmers mit heissem Seifenwasser, der Möbel mit Sublimat 1:1000 und grüner Seife, des Operationsgeräthes mit Sublimat 1:1000, Desinfection der Hände mit Sublimat 1:2000 und Kaliseife, Kochen der Instrumente in 1 pCt. Sodalösung, Abwaschung der Umgebung des Auges mit Sublimat 1:2000 und Seife, Sterilisation der Tropfflüssigkeiten durch Kochen, der Verbandstoffe durch strömenden Dampf, Ausspülung des Conjunctivalsackes mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung. Vortr. ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Insbesondere werden nach der Staaroperation stärkere Iritis mit Verklebungen und Keratitis traumatica seltener gesehen, als bei dem früher geübten antiseptischen Verfahren. Unter 165 Staarextractionen 3 Verluste.

Discussion: (Peunow, Bellarminow, Denotkin, Dubrowo, Gorochow, Schroeder.)

Dr. Peunow ist in der Lage, unter den einfachsten Verhältnissen zu operiren, auch die Staarextractionen oft ambulatorisch zu machen, wobei nur das operirte Auge verbunden wird. Trotzdem hat er bei seinen Staarextractionen nur 1 pCt. Verlust (?!)

Dr. Bellarminow bemerkt, dass das beschriebene Verfahren nicht eigentlich ein «aseptisches» genannt werden dürfe, da auch Antiseptica dabei in Anwendung kommen.

Dr. Denotkin erklärt den günstigen Ausgang einer Operation ohne Aseptik aus der geringen Zahl der im Conjunctivalsack etwa vorhandenen Keime und aus der raschen Verklebung der Wunde. Ausserdem aber komme es auch wesentlich auf die Technik des Operateurs an; je vollkommener diese ist, desto geringer ist das durch die Operation gesetzte Trauma.

Dr. Gorochow hält das antiseptische Verfahren im Allgemeinen für leichter durchführbar als das aseptische. Die den Antisepticis zugeschriebenen Nachtheile erkennt er nicht an: Sublimatlösungen von 1:5000, ja selbst 1:2000—3000 reizen die Conjunctiva nicht.

Dr. Schroeder wendet seit einem Jahr zur Desinfection des Conjunctivalsackes das Hydrargyrum cyanatum 1:5000 an und ist damit sehr zufrieden; das Auge wird dadurch garnicht gereizt.



II. Sitzung am 29. December.

Präsident: Dr. A. W. Ljubinski.

1. **Dr. Ljubinski: «Ueber die Differentialdiagnose zwischen Trachom und Follikulärcatarrh vom klinischen Standpuncte».**

Der Follikulärcatarrh schwindet oft rasch nach Beseitigung der äusseren Schädlichkeiten, welche ihn hervorrufen, so auch bei Beobachtung grösserer Reinlichkeit. Die Follikel sitzen in einer im Uebrigen fast normalen Conjunctiva. In vernachlässigten Fällen können sie aber auch ulceriren und zu oberflächlicher Narbenbildung führen. Immer aber fehlt beim Follikulärkatarrh die adenoide Infiltration der Conjunctiva; diese ist charakteristisch für das Trachom, bei welchem die Follikel sich ausserdem meist gleichzeitig an verschiedenen Stellen der Conjunctiva, nicht nur an den Uebergangsfalten entwickeln. Ein weiteres Characteristicum des Trachoms ist die Wucherung des Papillarkörpers, welche Vortr. für die Bildung tiefer Narben verantwortlich macht.

Discussion: (Chodin, Lawrentjew, Bellarminow, Wygodsky, Medem, Wolkow.)

Prof. Chodin hält die angegebenen differentialdiagnostischen Momente nicht für hinreichend zu einer klinischen Unterscheidung zwischen Follikulärcatarrh und Trachom. Auch die adenoide Infiltration kann bei jeder Entzündung der Conjunctiva vorkommen. Die Unterschiede sind nur graduelle. Die Bezeichnung «Trachom» ist ganz aufzugeben; beide Affectionen (Follikulärcatarrh und Trachom) sind als «follikuläre Conjunctivitis» zu bezeichnen.

Dr. Lawrentjew bekennt sich auf Grund seiner militärärztlichen Erfahrung als Unitarist. Aber selbst die Dualisten würden ein Bild, wie der Vortr. es gezeichnet, mit Narbenbildung in der Conjunctiva, nicht als Follikulärcatarrh anerkennen.

Prof. Bellarminow. So lange die Frage nicht auf anatomischem und bakteriologischem Wege entschieden ist, wird der Kliniker genöthigt sein, Trachom und Follikulärcatarrh auseinanderzuhalten, besonders wenn an ihn die Frage herantritt, ob ein mit Follikeln an der Conjunctiva behaftetes Kind vom Schulbesuch auszuschliessen sei oder nicht. Die Follikel sind an sich nicht charakteristisch für das Trachom.

2. **Dr. Gorochow: «Ueber die Anwendung antiseptischer Mittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten».**

Vortr. wendet bei gonorrhoischer Conjunctivitis und Trachom Irrigationen von warmer Sublimatlösung (1:2000—3000), bei anderen conjunctivalen und bei cornealen Processen solche von warmer 2 pCt. Borsäurelösung an.

3. **Dr. Wygodsky: «Symblepharon posterius e pemphigo conjunctivae».**

Casuistische Mittheilung eines Falles von doppelseitiger, totaler Verwachsung beider Lider mit der Conjunctiva bulbi, verbunden mit Xerose der letzteren und der Cornea, bei einer 24-jährigen Patientin, welche auch am übrigen Körper Pemphigusblasen in verschiedenen Stadien aufwies.

4. **Dr. Dolganow: «Ein seltener Fall von tiefer physiologischer Excavation».**

Die Excavationen nehmen an beiden Augen mehr als 2/3 der Papilla ein. Die Niveaudifferenz zwischen tiefstem Punkt und Rand der Excavation entspricht einem Unterschiede in der Refraction von 8 resp. 9 Dioptrien. Es wird eine Abbildung der Excavationen vorgelegt.

5. **Dr. Noiczewski: «Hydro-Electrotherapie» (mit Demonstration einer Hydro-Electrode.)**

Vortr. bespricht die bei der electrischen Behandlung von Hornhauttrübungen zu beobachtenden Veränderungen und die Anwendungsweise der von ihm construirten Electrode. Dieselbe gleicht einer gewöhnlichen Pipette und enthält in ihrer Axe den electrischen Leiter; der Contact zwischen Electrode und Auge wird durch Wasser hergestellt.

Discussion: (Denotkin, Dohnberg.)

6. **Dr. Rudin: «Xerophthalmus, geheilt durch Vernähung der Lider» (mit Krankenvorstellung.)**

Um die Verdunstung an der Oberfläche der xerotischen Conjunctiva und Cornea zu verringern und dadurch der Eintrocknung entgegenzuarbeiten, hat Vortr. der Patientin vor 3 Jahren an beiden Augen die ganze Lidsplatte bis auf eine kleine Oeffnung vernäht. Jetzt sind die Corneae wieder spiegelnd, (links besteht ein centrales Leukom) und das Sehvermögen hat sich bedeutend gebessert. Ein ebensolches Resultat wurde in noch zwei anderen Fällen erreicht.

7. **Dr. Katz demonstrirt seinen «Apparat zur klinischen Untersuchung des centralen und peripheren Lichtsinnes».**

Der im «Wratsch» (1893 Nr. 9) ausführlich beschriebene Apparat ist noch in einigen Puncten modificirt worden. Vortr. theilt zugleich einige mit demselben gewonnene Resultate mit.

8. **Dr. Natanson: «Ein Fall von spontan geheilter Netzhautablösung» (mit Krankenvorstellung).**

35-jährige Patientin. Hypermetropie. Als wahrscheinliche Ursache der Netzhautablösung darf eine subretinale Blutung angenommen werden. An der Stelle der Ablösung findet sich jetzt eine prominente Narbe in der Netzhaut.

Discussion: (Bellarminow, Dohnberg, Serebrennikow.)

Prof. Dohnberg sah in 3 Fällen, Prof. Bellarminow in einem Falle spontane Heilung einer Netzhautablösung; es handelte sich in allen diesen Fällen um myopische Augen.

9. Prof. Bellarminow demonstrirt verschiedene mikroskopische Präparate (Veränderungen der Netzhaut bei Morbus Brightii, Vernarbung einer Extractionswunde bei Einklemmung von Theilen der Linsenkapsel, Cysticercus im Glaskörper etc.) sowie einige makroskopische Präparate in Glycerin-Gelatine.

10. Dr. Blessig demonstrirt eine Sammlung makroskopischer Präparate von pathologisch veränderten Augen. Die in Glycerin-Gelatine eingeschlossenen Präparate entstammen der St. Petersburger Augenheilanstalt und betreffen hauptsächlich intraoculare Tumoren.

11. Dr. Ssergejew stellt einen Kranken mit Retinitis pigmentosa vor, der einen eigenthümlichen Spiegelbefund bietet.

12. Dr. Natanson demonstrirt mikroskopische Präparate von Netzhautblutungen bei Botriocephalus-Anaemie.

III. Sitzung am 30. December.

Präsident Dr. Peunow.

1. **Prof. Bellarminow und Dr. Dolganow: «Ueber die Diffusion in's Augeninnere bei verschiedenen pathologischen Zuständen».**

Die Versuche wurden nach der colorimetrischen Methode (mit Fluorescin) ausgeführt und ergaben folgende Resultate: a) bei acuten mit Veränderung des Parenchyms einhergehenden Entzündungen der Hornhaut (Ulcus, Infiltrat) ist die Diffusion vermehrt, und zwar um so mehr, je frischer und ausgedehnter die Affection ist. b) Nach operativen Eingriffen an der Hornhaut hängt die Diffusion vom Zustande des Narbengewebes ab: bei frischen Narben ist sie vermehrt, bei vollständig organisirten weicht sie nicht von der Norm ab. c) Bei narbiger Degeneration der Hornhaut ist die Diffusion vermindert. d) Colobome der Iris haben keinen Einfluss auf die Diffusion in die Vorderkammer und in den Glaskörper. e) Erhöhung des intraocularen Druckes vermindert die Diffusion. f) Der Diffusionsstrom erreicht den Glaskörper im aphakischen Auge schneller als im normalen.

2. **Dr. Schroeder: «Ueber die Resultate der operativen Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Extraction der Linse».**

Vortr. berichtet über 10 im Laufe der letzten 3 Jahre in der St. Petersburger Augenheilanstalt wegen höchstgradiger Myopie nach der Methode von Fukala ausgeführte Operationen. Dieselben betrafen 9 Patienten im Alter von 17—37 Jahren. (Einem wurden auf seine dringende Bitte successive beide Augen operirt.) Die Myopie der zu operirenden Augen betrug 14—24 Dioptrien, die Sehschärfe mit stärksten Gläsern 0,1—; mehr oder weniger ausgesprochene Veränderungen der Chorioidea bestanden in 8 Augen. Die Hälfte der Operationen hat Vortr. selbst ausgeführt. Das Resultat war in 8 Fällen ein sehr befriedigendes, die Sehschärfe hob sich in einigen von diesen auf das 2—3-fache der früheren. Zwei Fälle nahmen einen unglücklichen Ausgang; in dem einen trat nach der Operation eine Blutung in der Macula lutea ein, in dem anderen kam es ein Jahr nach erfolgreicher Operation zu einer eitrigen Iridocyclitis, welche von einer kleinen Iriseinheilung ausgegangen war; hier hatte wegen Abwesenheit der Zonula Zinnii und Mikrophakie die Extraction der Linse ohne präparatorische Discission stattgefunden. Vortr. kommt zu folgenden Schlüssen: a) Die Operation soll immer mit präparatorischer Iridectomie



und Discussion in mehreren Tempi — wie Fukala angegeben — ausgeführt werden. b) Wenn die chorioidalen Veränderungen die Gegend der Macula lutea ergriffen haben, soll man nicht operiren. c) Die Operation ist indicirt bei Myopie von nicht weniger als 13 Dioptrien. d) Die Indicationen Fukala's können dahin erweitert werden, dass auch bei bestehenden Veränderungen in der Chorioidea operirt werden darf. Die günstigste Zeit für die Operation ist das Kindesalter, in welchem noch keine chorioidalen Veränderungen bestehen, die Wunden besser heilen und die Linsenmassen sich rascher resorbiren.

Zum Schluss stellt Vortr. zwei so Operirte vor: eine junge Dame, welche er selbst. und einen jungen Mann, welchen Dr. Graf Magawly (an beiden Augen) operirt hat. Beide Patienten sind mit dem Erfolge der Operation äusserst zufrieden.

Discussion: Dohnberg, Bellarminow, Wolkow, Magawly, Peunow):

Prof. Dohnberg meint die Indication für die Operation bedeutend einschränken zu müssen; es sei zu bedenken, dass dabei solche Augen, die ein gutes Sehvermögen — wenn auch nur in nächster Nähe — haben, den Gefahren der Operation ausgesetzt werden).

3. Dr. Schroeder: «Strahlenpilze (Aktinomyces) im unteren Thränenkanälchen».

Die Pilzmassen waren vom Vortr. bei Schlitzung des Thränenröhrchens als gelbliche körnige Masse gefunden worden. Dasselbe war auch noch in einem zweiten Falle geschehen, von welchem das Präparat dem Vortr. zugestellt wurde. Dass die Pilze nicht in die Wand des Kanälchens eingedrungen waren, ist wohl der sie umhüllenden Schleimschicht und den antimykotischen Eigenschaften der Thränen zuzuschreiben. (Der Befund wird demnächst ausführlich veröffentlicht werden.

4. Dr. Noiczewski: «Differentielle Methode der Sehschärfe-Bestimmung».

Mittheilung eines Falles, betreffend eine 17-jährige psychopathische Patientin, welche bei der Prüfung mit den gewöhnlichen Buchstaben-Proben volle Sehschärfe aufwies, aber nicht im Stande war, die Puncte auf der Burchhardt'schen Tafel zu zählen. (Vortr. hat in der Section für Nerven- und Geisteskrankheiten einen Vortrag über denselben Fall unter dem Titel: «Seelenblindheit und Gonoanopsie» angekündigt).

5) Dr. Dolganow: «Ueber die Veränderungen des postoperativen Hornhaut-Astigmatismus nach Staarextractionen».

An 20 Staaroperirten (Graefe's Methode) wiederholt vorgenommene Messungen mit dem Ophthalmometer (Javal-Schiötz) gaben folgende Resultate:

a) Die erste, 2 Wochen nach der Operation vorgenommene Messung zeigte verminderte Krümmung des zum Schnitt senkrechten, vermehrte — des mit diesem parallelen Meridians; später glich sich diese Differenz einigermassen aus, sodass der definitive postoperative Astigmatismus — $1^1/_2$—2 Monate nach der Operation gemessen — nur halb soviel betrug, wie der bei der ersten Messung gefundene (durchschnittlich 2,8 Dioptrien).

b) Vergleichende Messungen vor und nach der Operation ergaben ferner, dass auf die Grösse des definitiven postoperativen Astigmatismus die Zunahme der Krümmung in dem zum Schnitt parallelen Meridian von stärkerem Einfluss ist, als die Abnahme der Krümmung in dem zum Schnitt senkrechten Meridian.

Discussion: (Peunow, Dohnberg, Bellarminow).

6. Prof. Chodin: «Ueber eine seltene Complication der Staarextraction.

Vortr. sah bei zwei Geschwistern im Alter von 40 und 42 Jahren, bei der Extraction einer reifen, resp. überreifen Cataracte unmittelbar nach dem Schnitt einen totalen Collaps, nicht nur der Hornhaut, sondern des ganzen Augapfels, infolgedessen die Sclera sich in Falten legte und die Extraction nur schwierig (mittels Schlinge und Häkchen) zu beenden war. Das eine Auge heilte gut und erhielt eine gute Sehschärfe, das andere ging an Panophthalmitis zu Grunde. Vortr. meint für den auffallenden Collaps des ganzen Augapfels eine eigenthümliche unelastische Beschaffenheit der Sclera verantwortlich machen zu sollen, welche Eigenschaft den Geschwistern angeboren sein mochte.

7. Wolkow: «Ist die Eröffnung der Kapsel bei der Staarextraction erforderlich?»

Bericht über 300 ohne Kapselspaltung ausgeführte Staarextractionen. Die Methode ist vom Vortr. bereits bei Gelegenheit des IV. Congresses Russischer Aerzte mitgetheilt worden. Der Schnitt wird in der oberen Hälfte der Hornhaut in der Mitte zwischen Centrum und Peripherie geführt und hierauf sogleich die Linse mit sammt der Kapsel zur Wunde hinausgepresst. Die Extraction in geschlossener Kapsel gelang in 84 pCt. der Fälle; 16 mal wurde die gerissene und abgestreifte Kapsel nachträglich mit der Pincette herausgeholt. Glaskörpervorfall kam 96 mal (!) vor, Iritis 102 mal, darunter nochmals schwere Iridocyclitis. Der Verband wird erst am 7. Tage gewechselt.

Discussion: Prof. Dohnberg hält die Extraction in geschlossener Kapsel nur unter gewissen, von Pagenstecher angegebenen Bedingungen für statthaft und perhorrescirt die allgemeine Anwendung dieser Methode auf alle Fälle. Die Prof. Bellarminow und Chodin erklären sich gegen die Methode des Vortr., weil sie dieselbe für zu gewaltsam halten.

8. Prof. Bellarminow demonstrirt nach Schluss der Sitzung: 1) Ein Experiment am Kaninchen zur Bestimmung der Diffusion nach der colorimetrischen Methode. 2) Ein Ophthalmometer (Javal-Schiötz) mit electrischer Beleuchtung.

B.

Section für Hygiene.

(nach «Wratsch»).

I. Sitzung, 29. December 1893,

eröffnet durch N. N. Brussjanin.

Zum Ehrenpräses wird Prof. Kowalkowski gewählt.

I. A. S. Tschemolossow: «Chemische Wasser-Reinigung».

Vortragender versetzte das zu reinigende Wasser mit $^1/_{100}$ pCt. und $^1/_{50}$ pCt. umkrystallisirten Alauns, worauf es klar wurde wie destillirtes; die Reaction war dabei immer neutral, der Geschmack gut. Einen Tag nach dem Zusatz gab das Wasser in Fleischpepton-Gelatine keine Colonieen, wohl aber vom 2. Tage an in wachsender Menge. Meist handelte es sich um Coccen, sehr selten um Stäbchen: Verflüssiger wurden fast garnicht angetroffen. Die Untersuchung des Bodensatzes ergab massenhaft Colonieen und dieselben Bakterienarten, die im ungereinigten Wasser gefunden waren. Vortragender schreibt die Wirkung des Alauns auf die Verringerung der Bacterienzahl nur zum geringen Theil der chemischen Veränderung des Wassers zu. Der Haupteffekt wird durch die Bildung des Niederschlages hervorgebracht, welcher alle suspendirten Partikel incl. Bacterien mitreisst. Das gereinigte Wasser ist entsprechend der zugesetzten Alaunmenge reicher an SO_3. Da das Gewicht der Niederschlagsmenge bei Zusatz von $^1/_{50}$ pCt. und $^1/_{100}$ pCt. fast gleich ist, so soll man sich mit der letzteren Quantität begnügen, um unnöthige SO_3-bildung zu vermeiden. Vortr. empfiehlt diese Reinigungsmethode in Ermangelung guter Filter anzuwenden, jedoch nicht zur Zeit von Choleraepidemien, wo das Trinkwasser durchaus abgekocht werden muss.

Debatte: F. Schidlowski zieht die Wasserreinigung mit Alaun jeglichem Filter vor, mit Ausnahme des Pasteur'schen. Aleksejewski: Während früherer Choleraepidemien wurde Alaun vorwiegend zur Wasserreinigung benutzt, aber auch in der jüngsten Epidemie sei dieses Mittel vielfach mit Erfolg angewandt worden.

II. P. N. Dachnewski: «Ueber die Filter Chamberland-Pasteur und Berkefeld».

Es wurde absichtlich verunreinigtes Wasser bei 2 Atmosphären Druck filtrirt. Resultate: 1) Bei beiden Filtern hängt die Filtratmenge hauptsächlich vom Druck und vom Grade der Verunreinigung ab. Schleimige Substanzen verstopfen die Filter schneller als andere. 2) Die Quantität der durchtriebenen Wassermenge ist von Einfluss auf Geschwindigkeit mit der die Verstopfung eintritt, aber ohne Einfluss auf die Geschwindigkeit des Durchwachsens der Mikroben durch das Filter. 3) Beide Filterarten liefern vollkommen steriles Filtrat. 4—6) Die Druckart ist von Einfluss auf das Durchwachsen der Mikroben: bei gleichmässigem Wasserleitungsdruck durchwachsen die Mikroben die Ch.-P.-Filter in 3—4 Wochen, die B.-Filter in 6—8 Tagen, bei nicht continuirlichem Pumpendruck die ersteren in 8, die letzteren in 3 Tagen. 7) Bei hochgradiger Verunreinigung des Wassers durch gelöste und suspendirte organische und anorganische Substanzen geben beide Filter nur 24 Stunden lang ein steriles Filtrat. 8—9) Die B.-Filter geben bei gleichem Druck 2 mal mehr Filtrat als die Ch.-P.-Filter, zudem sind sie billiger und leichter zu handhaben. Deshalb giebt Vortr. ihnen den Vorzug.



10) Beide Filter sind ohne erkennbaren Einfluss auf gelöste Stoffe und Gase. 11) Vortr. zieht das Sterilisiren durch Filtration dem Abkochen vor, weil bei letzterem das Wasser seine Gase und gewisse Salze verliert. 12) Er hält die Wassersterilisation vermittelst Ch.-P.- und B.-Filter auch in grossem Maassstabe für durchführbar. Die zur Bereitung der B.-Filter erforderliche Kieselguhrerde kommt auch an mehreren Stellen in Russland vor.

An der Discussion betheiligen sich: Reich. Prawdsik. F. Schidlowski, Kolski und Prof. S. Schidlowski.

III. A. A. Awdujewski: «Methoden zum Nachweis von Mutterkorn im Mehl».

Nach kritischer Bearbeitung der verschiedenen empfohlenen Methoden, giebt Vortr. denen von Rakowitsch und von Hofmann den Vorzug. Nachdem nach Rakowitsch's Methode, wobei das spec. Gewicht als Indicator dient, die Anwesenheit von Mutterkorn nachgewiesen ist, soll nach Hofmann (Aether- und H_2SO_4-Auszug des Mehles, giebt mit doppelkohlensaur. Natron bei Gegenwart eines gewissen Procentgehaltes an Mutterkorn violette Reaction) festgestellt werden, ob die vorhandene Mutterkornmenge den zulässigen Procentsatz nicht übersteigt.

IV. E. J. Lebedew: «Ueber Kornrade».

Trotz häufiger Beimengungen von Kornrade (Agrosthemma githago) zum Mehl und trotz der Giftigkeit des darin enthaltenen Glycosides, des Githagin, sind Vergiftungen mit diesem letzteren doch nur äusserst selten. Vortr. hat durch physiologische und chemische Experimente festgestellt, dass das Githagin durch den Backprocess und zwar durch das Zusammenwirken der hohen Temperatur und der sauren Gährungsprodukte zum grossen Theile gespalten wird und zwar in Glycose und Sapogenin.

2. Sitzung, 30. December 1893.

Zum Ehrenpräses gewählt: Prof. Th. Erismann.

I. Th. Erismann: «Zur Frage von der Assimilirbarkeit des Schwarzbrotes und seiner verschiedenen Surrogate (Brotsorten aus den Hungerjahren)».

Bericht über eine experimentelle Arbeit von N. P. Popow: 1) durch Schwarzbrot allein kann das N-Gleichgewicht nicht erhalten werden 2) die Assimilation des N im Schwarzbrot hängt vom Kleiegehalt ab. 3) Bei Gleichzeitiger Ernährung mit Schwarzbrot und anderen Vegetabilien ist die N.-assimilation grösser, als nach der Assimilirbarkeit der einzelnen Nahrungsbestandtheile zu erwarten wäre. 4) Aus dem getrockneten Schwarzbrot wird weniger N. assimilirt als aus dem frischen. 5) Die Assimilirbarkeit des N. aus Fleisch wird durch gleichzeitige Schwarzbrotnahrung nicht herabgesetzt. 6) Die Entfernung der Kleie aus dem Roggenmehl sollte nur bis zu einem gewissen Grade ausgeführt werden, weil sonst das Mehl zu theuer und das Brot seines angenehmen Geschmackes beraubt wird. 7) Zur Erhaltung des N.-Gleichgewichts ist durchaus gemischte Pflanzenkost erforderlich. 8) Vom Schwarzbrot wird mehr Trockensubstanz als N. assimilirt. 9) Die Summe der thatsächlich assimilirten Trockensubstanz aus Schwarzbrot + irgend einem anderen pflanzlichen Nahrungsmittel entspricht durchaus der berechenbaren Menge (cf. № 3). 10) Es giebt 3 Arten von Surrogatbrot: erstens Schwarzbrot versetzt mit Pflanzenstoffen, welche an sich sehr nahrhaft sind (Erbse, Buchweizen, Mais); zweitens versetzt mit wenig nahrhaften und gewöhnlich nicht zur Brotbereitung dienenden Stoffen (Sonnenblumensamen, Gerste, Kartoffel, rothe Rüben); drittens versetzt mit Dingen, welche überhaupt wenig mit zur menschlichen Nahrung geeignet sind (Eicheln, Stroh, Convolvulus-Samen, Malde). Aus den Brotsorten der letzten Kategorie werden N. und Trockensubstanz sehr schlecht assimilirt; zudem reizen sie den Darmtractus und sind dadurch schädlich. 10) Keine der genannten Surrogatbrotarten kann das N.-Gleichgewicht erhalten und nicht einmal das Schwarbrot ersetzen.

Discussion: Prof. Schidlowski: Die Ernährungscommission der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist zu den gleichen Schlüssen gelangt. Steinberg: Nicht nur der Gehalt an Kleie ist von Bedeutung für die Assimilirbarkeit des Schwarzbrotes, sondern auch die Art und Weise, wie dasselbe gebacken wird.

II. «Votum der Aerztegesellschaft zu Simbirsk über die Betheiligung der Aerzte bei der Aufstellung neuer Besiedelungspläne».

Auf Anregen von S. N. Schtscheglow wird postulirt, dass zu den genannten Arbeiten die Aerzte in ausgiebigerem Maasse hinzugezogen werden.

III. G. P. Oleinikow: «Zur Desinfection mit Theerpräparaten».

Es wurden experimentell auf ihre Desinfectionsfähigkeit geprüft. Prof. Nencki's alkalischer Theer (Firma Olsen), Priv.-Doc. Raptschewski's Pixol und Prof. Danilewski's Theerpräparat. Als Untersuchungsobject dienten Choleradejectionen. Das erste der genannten Präparate nach Angabe des Erfinders angewandt tödtete Bac. Chol. in 10 Min., B. coli com. in 3 Stunden, das 2. Präparat B. Chol. in ½ Stunde, B. coli com. nicht sicher in 24 Stunden das 3. Bac. Chol. in 3 Stunden, B. coli com. noch nicht in 24 Stunden. Bei Anwendung gewöhnlicher käuflichen Theersorten waren die Resultate viel schlechter. Ferner giebt Vortr. folgende Thesen: 1) Bei Anwendung ein und desselben Präparates fallen die Resultate verschieden aus, was bedingt wird durch die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Dejectionen und durch die verschiedene Resistenzfähigkeit der Bakterien. 2-3) Selbst der beste Olsen'sche Theer ist nur ein schwaches Desinficiens, um so mehr die gewöhnlichen Theersorten. Zudem ist die Desinfection mit Olsen'schem Theer sehr theuer. 4) Billiger und sicherer ist die Anwendung der 6 pCt. Schwefelsäure-Carbollösung.

Discussion: Geissler und Lewin sind im Allgemeinen zu den gleichen Resultaten gekommen.

IV. W. A. Lewaschew: «Ueber die Desinfection von Choleradejectionen mit Kalk».

Experimentelle Untersuchung, welche zu folgenden Schlüssen geführt hat: 1) Der Zusatz von 4—25 Raum pCt. einer 25%igen Kalkmilch zu frischen Choleradejectionen giebt selbst nach sorgfältigem Umrühren wenigstens in den ersten Stunden noch keine absolut sichere Desinfection. 2) Obwohl in einem Gemisch aus gleichen Theilen von Dejectionen und 20%iger Kalkmilch die Commabacillen und Bakt. coli in ½—1 Stunde verschwinden, muss dieses Resultat doch vorsichtig beurtheilt werden, weil in Folge der variabeln Zusammensetzung der Kothmassen und wegen denkbarer chemischer Wechselwirkung zwischen Kalk und Koth die baktericide Eigenschaft der Kalkmilch verloren gehen kann. 8) Sorgfältiges Vermischen und Umrühren der Massen ist von wesentlicher Bedeutung für den Desinfectionserfolg.

Discussion: Prof. Schidlowski: Das Umrühren ist in praxi kaum durchzuführen. Wyschogrod: Wie verhält es sich mit der Desinfection der oberflächlichen Erdschicht vermittelst Kalk. Vortr.: Die Erde muss umgegraben werden. J. Popow und Prof. Erismann: In Folge von Anwendung unsicherer Desinficientia ist während der Choleraepidemie viel Mühe und Geld unnütz vergeudet worden.

VI. P. P. Beloussow: «Zur Frage von der Entfernung und Unschädlichmachung städtischer Abfälle».

In den Fällen wo eine Kanalisationsanlage nicht ausgeführt werden kann, hält Vortr. es für das Rationelste, die Abfälle in hermetisch geschlossenen Wagen, auf genügend grosse Felder auszuführen und dort sorgfältig zu verackern.

Discussion: Rudin: Flüssige Jauchen sollen nicht ausgeführt werden. Lebedew: Bei grossen Städten ist die Ausfuhr undurchführbar, wegen Mangel an genügend grossen Feldern in unmittelbarer Nachbarschaft. Vortr.: Grosse Städte sollen alle Canalisation anstreben.

Wladimiroff.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. September – December 1893. № 9 – 12.

N. Fenomenow: «20 Fälle vollständiger Entfernung der Gebärmutter von der Scheide aus.» (IX).

Die Operationen wurden im Zeitraume vom 28. October 1890 bis 16. Februar 1893 ausgeführt und bilden eine Ergänzung zu der schon früher veröffentlichten Serie von 23 Totalexstirpationen.

Indicationen zur Operation waren in 18 Fällen Carcinom. Von den Operirten sind 9 bis jetzt ohne Recidiv; in 3 Fällen trat ein Recidiv nach 12, 7, 5 Monaten p. Op. auf; in 3 Fällen fehlen Angaben über das weitere Befinden der Pat.; in 3 Fällen ist ferner kein Recidiv aufgetreten, doch ist noch zu kurze Zeit (6—1 Monat) seit der Operation verstrichen um diese Fälle schon als geheilt zu bezeichnen.

In 2 Fällen gaben langandauernde unstillbare Blutungen die Veranlassung zur Operation.

Der Verlauf nach der Operation war in allen Fällen ein glatter.



M. D. Günsburg: «Tuberkulose und Hyperemesis gravidarum als Indicationen zur Einleitung des künstlichen Abortes. Alte und neue Operationsmethoden; Einfluss ersterer auf die Anzeigen zur Operation.» (IX).

Als Beleg für die langjährigen in der Praxis gemachten Erfahrungen über den schlechten Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose führt Verf. in Kürze 3 einschlägige Krankengeschichten und zahlreiche diesbezügliche Angaben aus der Literatur an und hebt hervor, dass ein unter nöthigen aseptischen und technischen Kautelen ausgeführter Abort den Organismus nicht nur nicht schwächen könne, sondern dass eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft einer tuberkulösen Pat. unbedingt nutzbringend sein müsse. In Betreff der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei unstillbarem Erbrechen ist Verf. der Ansicht, dass ausser der Schwierigkeit den geeigneten Moment zum operativen Eingriffe zu bestimmen, hauptsächlich die mangelhafte Technik und die noch nicht genügend ausgebildete Antisepsis die Aerzte, selbst noch im vorigen Decennium, von einem operativen Vorgehen in solchen Fällen zurückhielt.

Aus der Literatur führt Verf. zahlreiche Citate an, welche die Beschwärlichkeit und Unzuverlässigkeit der früheren Methoden illustriren.

Nach der Meinung des Verf. liegt es auf der Hand, dass die neuerdings bis zur Vollkommenheit ausgebildete Technik der Entleerung der Gebärmutter zu häufigerer Ausübung des künstlichen Abortes bei Hyperemesis und anderen Erkrankungen im Allgemeinen und frühzeitigerer Einleitung desselben im Speciellen, bevor noch der Kräfteverfall der Pat. einen höheren Grad erreicht hat, berechtigt.

In Fällen wo es sich um Schwangerschaften der 3 ersten Monate handelt ist die Entleerung des uterus mit dem Löffel nach vorhergegangener Dilatation das geeigneteste Verfahren. In späteren Schwangerschaftsmonaten muss eine Austreibung der Frucht durch Uteruscontractionen angestrebt werden. Fiebert die Kranke nicht, so wird nach vorhergegangener Desinfection der Scheide tampouirt, sind Temperaturerhöhungen vorhanden, so schreitet man sofort zur Dilatation und entfernt die Frucht und die Eitheile manuell.

Bei Einleitung eines künstlichen Abortes nach dem 5 Schwangerschaftsmonate können die zur Hervorbringung einer künstlichen Frühgeburt gebräuchlichen Mittel in Anwendung gezogen werden.

Dank den rationellen Anschauungen über den Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose, Nephritis, Hyperemesis und andere die Schwangerschaft complicirende Krankheiten und dank der vervollkommneten Technik und Asepsie können heutzutage viele Schwangere, welche in frühen Zeiten zu Grunde gingen, durch eine leichte und ungefährliche Operation gerettet werden.

A. I. Iwanow: «Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt bei absoluten Indicationen.» (IX.)

(Kasuistischer Beitrag.)

Allgemein verengtes Becken; Conjugata vera 5,25 C. Zugleich mit dem konservativen Kaiserschnitt (Prof. Tolotschinow) wurde auch die Kastration ausgeführt, Verlauf nach der Operation nicht vollständig afebril. Mutter und Kind wurden gesund aus der Klinik entlassen.

I. O. Anscheles: «Zur Kasuistik der Missbildungen in der Geschlechtssphäre der erwachsenen Frau.» (IX.)

(Kasuistische Beiträge).

1. Atresia ani vaginalis (vestibularis)
2. Defectus genitalium internorum.

Gr. Pojurowski: «Ein Fall von Inversio uteri puerperalis chronica.» (IX.)

(Kasuistischer Beitrag.)

Pat. hatte eine vollständige Inversio uteri in Folge sehr heftigen Zerrens an der Nabelschnur während der Geburt aquirirt und litt an diesem, mit bedeutenden Blutungen einhergehenden, Leiden 3 Jahre. Da auf unblutigem Wege eine restitutio ad integrum nicht herbeigeführt werden konnte, entschloss sich Prof. Tolotshinow zur Amputation der invertirten Theile. Keilförmige Excision der Gebärmutter nach vorhergegangener Umschnürung mit 3 starken durch die ganze Dicke des invertirten Cervix gelegte Ligaturen; Vernähung der Blätter des Peritoneum und beider Schleimhautflächen durch mehrere Seidennähte. Die Heilung wurde durch das Auftreten einer linksseitigen parametrischen Infiltration etwas in die Länge gezogen. 40 Tage nach der Operation konnte Pat. geheilt entlassen werden.

G. Kudisch: «Zur Kasuistik der Entwickelungsfehler der weiblichen Geschlechtsorgane.» (IX.)

(Kasuistische Beiträge.)

1) Ein Fall von vagina partim septa resp. vagina septa infra simplex bei einer I gravida im 4. Monate. Erfolgreiche operative Entfernung der c. 2 C. breiten Scheidewand.

2) Ein Fall in welchem es sich um eine angeborene Hypertrophie des hinteren Abschnittes des Hymens und der benachbarten hinteren Scheidenwand bei einer Schwangeren handelte. Die Geschwulst wurde operativ entfernt. Bei dem Mädchen welches Pat. nach einiger Zeit gebar, wurde gleichfalls eine Hypertrophie des hintren Hymenalabschnittes constatirt.

M. Mironow: «Beiträge zur Frage von den Beziehungen zwischen Menstruation und Ovulation.» (X.)

Der erste Theil der Arbeit enthält Literaturangaben über die in Rede stehende Frage. Im 2 Theile finden wir die Untersuchungsprotokolle. Die einzelnen Fälle sind nach den Tagen welche seit der letzten beobachteten Menstruation bis zur operativen Entfernung der Eierstöcke verflossen waren geordnet. Von den 42 Fällen traf nur in 30 Menstruation mit Ovulation zusammen; in 12 Fällen war die Menstruation nicht mit der Berstung von Follikeln verbunden. Den 3. Theil bilden die Ausführungen und Schlussfolgerungen des Verf. Letztere sind ungefähr folgende: 1) Die Menstruation wird gewöhnlich von der Ovulation begleitet; aber nicht selten geht dieselbe auch ohne Ovulation einher. 2) Die Menstruation ist eine Erscheinung, welche nicht mit dem Reifen und Platzen der Graaf'schen Follikel in Zusammenhang steht. 3) Die Ovulation passt sich meistentheils der Zeit der Menstruation an; zum Zustandekommen derselben ist ein andauernder und bedeutender Blutandrang zu den Geschlechtsorganen erforderlich. 4) Unter physiologischen Verhältnissen wird eine Ovulation nicht ausserhalb der menstruellen Periode beobachtet. 5) Blutungen in den nicht geplatzten Follikel ersetzen zuweilen die Ovulation und die Bildung eines gelben Körpers. 6) Normale Follikel werden in den Eierstöcken auch noch einige Zeit nach dem Aufhören der Menstruation und nach Beginn der klimakterischen Periode angetroffen.

B. I. Feinberg: «Die aktive Methode der Aborttherapie angewandt in der Privatpraxis.» (X.)

Als Einleitung einen kurzen Abriss über die aktive Therapie des Abortes vorausschickend, führt Verf. einige Meinungen an, welche für und wieder die Curette resp. den scharfen Löffel geäussert worden sind und geht dann zur summarischen Besprechung seiner Fälle über. In den letzten 3 Jahren hat Verf. 56 Fälle von Abort (1–5 Monate) behandelt. 38 von denselben waren «frische», 18 «protrahirte». Letal verlaufene Fälle hat F. nicht gehabt. In allen «frischen» Fällen normales Puerperium; in den «protrahirten» 5 mal Temperaturerhöhungen von 5–17 tägiger Dauer. (In 3 Fällen bestand schon vor der Operation Fieber, in einem Falle trat Fieber in Folge einer Parametritis, in einem Falle in Folge recidivirender Enteritis auf.)

Verf. führte die kleine Operation in der Mehrzahl der Fälle so aus, dass er nach üblicher Desinfection ohne Zuhilfenahme von Mutterspiegeln mit dem Löffel in den Muttermund einging und mit der auf den Bauchdecken ruhenden Hand den Gebärmuttergrund fixirte und zu gleicher Zeit den Uterus herabdrängte. Nach der Abrasio wurde die Uterushöhle ausgespielt. Narkose war in keinem einzigen Falle erforderlich.

A. P. Sabolotski: «Ein Fall von unvollständigem Abreissen des Hymen.» (X.)

S. beschreibt einen Fall in welchem bei einer Frau die 2 mal geboren hatte unterhalb der Mündung der Urethra ein c. 3 M. m. dicker und ½ C. breiter Ring angeheftet war und welcher ein fast in der ganzen Ausdehnung an seiner Peripherie abgerissenes Hymen repräsentirte. An der Hymenalöffnung waren keinerlei Einrisse oder Narben sichtbar. Verf. spricht die Ansicht aus, dass das Abreissen des Hymen beim ersten Coitus und nicht bei der Geburt erfolgt sei. In der Literatur sind 5 analoge Fälle verzeichnet.

W. A. Wasten: «Einige Worte über Vorbereitungen alter Erstgebärender zur Geburt.» (X.)

Allbekannt ist das häufige Vorkommen einer gewissen Rigidität des Cervix und des äusseren Muttermundes bei alten Erstgebärenden. Verf. verordnet in solchen Fällen 1—1½ Wochen vor dem Geburtstermin heisse Douchen von 36—37° R. mit leicht desinficirenden Flüssigkeiten an, welche 2—3 mal am Tage gemacht werden. Nach 4—5—6 tägiger Anwendung derselben ist der Cervicaltheil meist schon etwas aufgelockert. Es wird jetzt einige Tage pausirt und darauf wieder 1—2 Tage lang ausgespült u. s. w. bis zum Beginne der Geburt. Schlechte Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.



K. F. Slawjanski: «Cysten und Kystome des Ovarium's». (XI, XII).

Diese Vorlesungen umfassen die Anatomie, die Aetiologie, den Verlauf, die Diagnose und Prognose der Ovarialcysten, während die Therapie das Thema für spätere Vorlesungen bilden soll. Die verschiedenen Capitel, unter welchen wir besonders diejenigen der Anatomie und der Diagnose (objectiver Untersuchungsbefund, Differenzialdiagnose) hervorheben möchten, werden in so ausführlicher Weise besprochen und zeugen von einem so eingehenden Studium und bedeutendem praktischen Können des Verf., dass sie jedem Lehrbuch zur Zierde gereichen könnten. Es dürfte uns zu weit führen, wenn wir die einzelnen Abschnitte einer Besprechung unterziehen wollten, um so mehr, da das den praktischen Arzt mit am meisten interessirende Capitel der Therapie noch aussteht.

W. N. Massen: «Ein Fall von Abreissen des Hymen während der Geburt». (XII).

(Kasuistischer Beitrag).

Geburtsgeschichte einer I para bei welcher das ringförmige in den unteren Abschnitten besonders kräftig (fleischig) entwickelte Hymen während der Geburt nicht, wie es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, an mehreren Stellen einriss, sondern nur ein theilweises Abreissen von der Insertionsstelle desselben erfolgte, so dass nach der Geburt aus der Vagina ein unregelmässiger Lappen hervorragte, während in der Vaginalschleimhaut ein blutender Defect von 4 C. Ausdehnung constatirt wurde. 2 Nähte fixirten das abgerissene Stück im Scheideneingang und brachten dasselbe zur Anheilung.

Dobbert.

Medicinskoje Obosrenje № 1 u. 2.

A. Koshewnikow: 2 Fälle von «Ophthalmoplegia nuclearis». (Nr. 1).

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte zweier von ihm beobachteten Fälle von Nuclearlähmung und fügt sehr interessante anatomische Schlüsse hinzu. Der erste Fall betrifft einen 53-jährigen Herren, bei dem sich plötzlich Symptome der sog. Paralysis alternans ausbildeten — was auf eine Apoplexia pontis hindeutete. Der 2. Fall gehörte in die Gruppe der poliomyelitis chronica progressiva, die im Anschluss an poliomyelitis anterior acuta entstand. In beiden Fällen waren Symptome von Ophthalmoplegie vorhanden.

N. Filatow: «Ueber den bulbären Symptomencomplex im Kindesalter». (Nr. 1).

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen Formen der Bulbär-Paralyse, die im Kindesalter beobachtet werden und beschreibt einen Fall, der in seiner Klinik zur Beobachtung gelangte. Ein Knabe mit klarem Sensorium und normaler Intelligenz zeigte folgenden Symptomencomplex: leichter Nystagmus, Parese im Gebiete des oberen Facialisastes, Paralyse im Gebiete des unteren und mittleren Astes, die Bewegung der Lippen ist behindert, die Lippenbuchstaben können nicht ausgesprochen werden. Feste Speisen müssen mit der Hand in den Mund geschoben werden, die Kaumuskeln functioniren normal, dagegen kann Patient den Unterkiefer weder seitlich, noch nach vorne bewegen; die Zunge vollkommen unbeweglich, doch nicht atrophisch; in Folge dieser Unbeweglichkeit — Anartrie; das velum hängt herab ist ebenfalls unbeweglich; doch trotz der Paralyse der Zunge und des weichen Gaumens ist das Schlucken ungestört. Die elektrische Erregbarkeit im Gebiete des Facialis, des hypoglossus und der motorischen Zweige des trigeminus ist normal. Die oberen und unteren Extremitäten sind im spastischen Zustande, Intentionszittern vorhanden. Lähmungen werden nicht beobachtet. — Auf Jodkalium trat erhebliche Besserung ein; die Sprache wurde deutlicher, die Zunge konnte wieder bewegt werden, wenn auch nicht so ausgiebig, wie normal. — Verf. schliesst bei Stellung der Diagnose Neuritis und chronische Basilar-Meningitis aus. Der Nystagmus und der Spasmus der Extremitäten lassen sich nicht durch die Annahme einer einfachen Läsion des verlängerten Marks erklären. Verfasser ist geneigt eine disseminirte Sclerose anzunehmen. Die Aetiologie des Falles ist ziemlich dunkel. Da in der Anamnese Hinweise auf hereditäre Syphilis vorhanden sind, da ferner bei dem Patienten eine sehr grosse Milz zu constatiren war, so glaubt F., dass möglicherweise die hereditäre Syphilis beschuldigt werden könne; dafür spreche auch die günstige Wirkung des Jodkaliums.

I. Ssaritschew: «Ueber cavernöse Tumoren». (Nr. 1).

Beschreibung dreier Fälle von cavernöser Geschwülste und zwar aller 3 Arten: arterieller, venöser und lymphogener. Erläuterung der Fälle durch Abbildungen.

P. Tichow: «Zur Casuistik der traumatischen Läsion der Halswirbelsäule». (Nr. 1).

Bei einem 16 jährigen Knaben constatirte Verf. Luxation des 4. Halswirbels; dieselbe kam durch folgende Haltung zu Stande. Der Knabe bückte sich nach vorne, schob den rechten Fuss voran und lehnte sich mit der rechten Hand an denselben an, er wandte dann den Kopf nach hinten und rechts um den herannahenden Kameraden zu sehen, der hinüberspringen wollte; der Sprung misslang, der Kamerade fiel auf den Kopf und den Hals des sich bückenden Knaben. Die Luxation war eine einseitige, nach vorne gerichtete; offenbar eine unvollkommene, da die Einrenkung leicht gelang.

W. Ramm: «Ueber den Einfluss einiger Gifte auf die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde». (Nr. 1).

Die Experimente wurden an Hunden, Katzen und Kaninchen ausgeführt. Die Erregbarkeit wurde mit dem Dubois'schen Schlitten geprüft. Die angewandten 14 Substanzen theilt R. in 3 Gruppen. 1) solche, welche die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde steigern (Cytisin, Ephedrin, Guanidin, Chlorammonium, Aethylamin, Carbolsäure, Pikrinsäure u. and.) 2) solche, welche zuerst die elektrische Erregbarkeit steigern und dann im 2. Stadium dieselbe hemmen; hierher gehört das Hyoscyamin. 3) Gifte, welche die electrische Erregbarkeit direct vermindern — Hyoscin und Scopolamin. Auf Grund seiner Experimente zieht Verf. den Schluss, dass das Orcin und Chlorammonium als gute analeptica, das Scopolamin als sedativum betrachtet werden können; die übrigen 11 Substanzen sind wegen ihrer schädlichen Nebenwirkungen auf das Herz, den Magen, das Centralnervensystem etc. von keinem praktischen Werth.

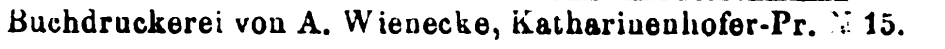
Sajaitzky: «Migratio ovi et seminis extrauterina». (Nr. 2).

Verfasser beschreibt 2 Fälle von Tubengravidität, wobei im ersten Falle eine äussere Wanderung des Samens, im 2. Falle eine äussere Wanderung des befruchteten Eies angenommen werden muss. Da der erste Fall bereits früher publicirt worden ist, so beschränken wir uns mit der Wiedergabe der 2. Krankengeschichte. Eine 30-jährige Frau, zum zweiten Male verheirathet. Mit dem ersten Manne war sie 3 mal schwanger, 1) Geburt normal, 2) Zwillinge; 3) extrauterine Gravidität, wobei Verf. die Laparotomie ausführte, das abdominale Ende der rechten Tube, an welcher die Placenta fest anhaftete, musste entfernt werden. Nach 4 Jahren erneuerte Schwangerschaft mit dem zweiten Manne, rechtsseitige Tubengravidität, Ruptur der Tube; Entfernung der rechten schwangeren Tube nebst ovarium und auch der linken Tube nebst ovarium. Heilung. Bei der näheren makro- und mikroskopischen Untersuchung fand S. Folgendes: die linke Tube normal, das linke Ovarium ebenfalls normal, enthält ein Corpus luteum verum; die rechte Tube ist stark hypertrophisch, an der hinteren Fläche rupturirt, enthält die Placenta und die leere Fruchtblase, das uterine Ende der Tube ist durchgängig. Das rechte Ovarium atrophisch, sclerosirt (wahrscheinlich in Folge der zahlreichen Gefässligaturen bei der ersten Operation). Der beschriebene Befund weist also darauf hin, dass die Gravidität in der rechten Tube durch das Hineingelangen eines vom linken Ovarium befruchteten Eies zu Stande kam. Um eine erneuerte extrauterine Gravidität vorzubeugen, entschloss sich S. zur Castration.

P. Nikolski: «Ein Fall von Pemphigus foliaceus Cazenave.» (Nr. 2).

Beobachtung an einer 44-jährigen Frau, die angeblich nach einer sehr starken Aufregung die Hautkrankheit acquirirte. Interessant war in diesem Falle der Umstand, dass man an den gesunden Hautpartien durch leichte Reibung Pemphigusblasen hervorbringen konnte; überall war der Zusammenhang zwischen dem stratum corneum und stratum Malpigii aufgehoben. N. betrachtet die Krankheit als eine trophische Störung der ganzen epithelialen Hautdecke.

Abelmann.



Дозв. ценз. Спб. 28 Марта 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

V. Congress russischer Aerzte.

Section für Chirurgie.

Sitzung am 29. December 1893.

(Ref. nach dem «Wratsch»).

Präses: Prof. F. Ssinizin.

1. Prof. D. Ott: «Ueber die supravaginale Amputation des fibromatösen Uterus nach einer vereinfachten Methode».

Vor Eröffnung der Bauchhöhle wird der Cervicalkanal mit Sublimatlösung (1:2000) desinficirt, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit dem Paquelin cauterisirt. Nach der Laporotomie werden die Uterusanhänge beiderseits mit nicht mehr als 3 Ligaturen, die leicht die Uterussubstanz mitfassen, abgebunden. Nach der Amputation werden 2 Nähte durch die ganze Dicke des zurückgebliebenen Cervix von vorn nach hinten gelegt, die aber den Cervicalkanal frei lassen. In letzteren wird von oben nach unten in die Vagina hinein ein Jodoformdocht gezogen, die Scheide tamponirt. Stielversorgung wie bei Ovarialcysten, Versenkung des Stiels, Naht der Bauchdecken. Die Comunication des Cervicalkanals mit der Bauchhöhle hört erfahrungsgemäss bald auf. Seit Anwendung dieser Methode ist die Mortalität bei den von Prof. Ott operirten Myom-Kranken von 22,4 pCt. (resp. 36,4 pCt., wenn nur die Fälle mit Eröffnung des Cervicalkanals gezählt werden) auf 3,4 pCt. gesunken.

2. M. Kusnezow und I. Penski: «Ueber die Methoden der Exstirpation von Stücken der Leber mit Demonstration von operirten Thieren und Präparaten».

Die Vortragenden haben in der ausländischen Literatur 19 Fälle von partieller Leberresection gefunden; in Russland ist die Operation 2 mal gemacht worden, einmal von Skliffassowski (Exstirpation eines Fibroma lipomatodes sarcomatodes aus dem lobus quadratus mit glücklichem Erfolg), der zweite Fall, von Prof. Grube in Charkow operirt, wird genauer mitgetheilt.

Es handelte sich um Adenom im linken Leberlappen, das 20 Jahre bestanden hatte. Heilung bis auf eine kleine Fistel in 4 Wochen. Während der Operation wurde die Blutung durch Tamponade in Schranken gehalten, die grösseren Gefässe umstochen und ligirt. Nachbehandlung mit Tamponade und Pyoctanineinspritzungen. Von Interesse sind die Versuche, die die Vortr. an Hunden, Kaninchen und menschlichen Cadavern zur Aufklärung der Operationstechnik angestellt haben. Bei einfacher Naht von Leberwunden nach Resection gingen alle Versuchsthiere an Blutung zu Grunde. Wurde aber die vernähte Leberpartie in die äussere Wunde eingenäht, so starb kein einziges Versuchsthier. Doch ist diese «extraperitoneale Stielbehandlung» wegen der Beweglichkeit der Leber, die zu Abreissung des Organs von der Bauchdeckenwunde führen kann, nicht zuverlässig, auch schliesst sie die Heilung per primam intentionem aus. Es ist daher Aufgabe der operativen Technik, die ideale intraperitoneale Stielbehandlung möglich zu machen. Um die Verletzung der Lebergefässe bei der Naht zu vermeiden nähen die Vortr. mit stumpfen, flachen, auf die Kante gebogenen Nadeln. — Die Arterien und Venen in der Leber vertragen die Ligatur ebenso sicher wie an andern Körpertheilen. Bedecken der Leberwunde mit Netz schützt nicht vor Nachblutung.

3. M. Kusnezow: «Die Resultate der aseptischen Maassnahmen in der Charkowschen chir. Klinik».

Seit Einführung der Aseptik gehört die Heilung per primam int. zur Regel; die Wunden secerniren wenig, die Narben sind fein und weich, Drainage ist überflüssig. Absolutes Fehlen aller Mikroorganismen in der Wunde ist zur Erzielung glatter Heilung nicht nöthig. Staphylococcus albus macht zuweilen Temperatursteigerung und Nahteiterung, ohne sonst die Heilung zu stören. Zu fürchten sind Staphylococcus pyog. aureus und Streptococcus. Absolute Sterilität des Operationsfeldes ist nur in 10 pCt. der Fälle zu erreichen.

4. W. Stroganow: «Zur Frage der Asepsis».

In der Klinik von Prof. Ott fürchtet man die Mikroben nicht so sehr wie anderweitig. In der Luft sind immer Bakterien vorhanden, ebenso in Tampons, die bei glattem Wundverlauf 3—4 Tage nach der Operation aus frischen Wunden entfernt werden, obgleich vor der Operation das Verbandmaterial immer steril war. Man muss nach S. annehmen, dass ausser den Bakterien wohl noch andere Momente nöthig sind, damit die Wundheilung gestört wird. Die Ausführungen Dr. Stroganow's stossen in der Discussion auf mehrfachen Widerspruch.

Sitzung am 30. December 1893.

(Ref. nach dem «Wratsch»).

Präses: Prof. P. Morosow.

1. Prof. F. Ssinizin: «Ueber Lithothripsie».

S. ist ein eifriger und begeisterter Anhänger der in andern Ländern in Misscredit gekommenen Operation. Er hat sie 177 mal ausgeführt. Die Patienten standen im Alter von 2½ bis 80 Jahren; 5 starben. Das Alter ist also nach S. kein Contraindication, ebensowenig wie Erkrankungen der Urethra, der Blase und der Nieren. Als Contraindication erkennt S. nur sehr vorgeschrittene eitrige Entzündungen in den Nieren an. Er legt Gewicht auf sorgfältige Vorbereitung des Kranken: Wiederholte Einführung metallischer Instrumente um die Kranken daran zu gewöhnen, Ausspülungen der Blase mit 2 pCt. Borsäurelösung, Bäder. — Die Operation wird ohne Chloroform ausgeführt. Kleine Steine werden in einer Sitzung zertrümmert, grössere in 2—4 Sitzungen. Auch grosse Steine (bis 7 Cm. Durchmesser) können zertrümmert werden. Die Beschwerden während und nach der Operation sind so gering, dass die Kranken in 3 bis 4 Tagen vollkommen gesund sind, zuweilen sind mit der Operation alle Beschwerden wie mit einem Schlage beseitigt. Nach S. kann man die Operation selbst ambulatorisch ausführen. Recidive sind der Diathese des Kranken, nicht der Operation zuzuschreiben.

2. Prof. P Diakonow: «Ueber die operative Behandlung der eingefallenen (Sattel-) Nase».

D.'s Methode ist eine Modification der König'schen. D. frischt den stehengebliebenen Rest der Nase durch Seitenschnitte (fast in der Nasenwangenfalte) in Form eines langgestreckten Dreiecks an und schiebt den von der Stirn genommenen Haut-Knochenlappen, dessen Epidermis zum Theil abrasirt wird, unter die lospräparirten Weichtheile des Nasenrestes. Der aus dem Stirnbein ausgemeisselte Knochenstreifen reicht bis in die Diploe hinein. In 15 Fällen gutes Resultat.

3. I. Spisharnij: «Ueber die Nervennaht».

Auf Grund von Literaturstudien und eigenen Erfahrungen räth S. jeden durchtrennten Nervenstamm, auch längere Zeit nach der Verletzung, durch directe und indirecte Naht zu vereinigen. Nach Durchtrennung des N. radialis kommt es häufiger als bei anderen Nerven vor, dass die Sensibilität erhalten bleibt, während motorische Lähmung besteht. Die Wiederherstellung der Leitung in den Nerven der untern Extremität geht nicht langsamer vor sich als an der oberen Extremität. Bei grösseren Nervendefecten ist die «Tubulisation» häufiger anzuwenden (Hineinstecken der Nervenenden in eine decalcinirte Knochenröhre).

4. N. Trinkler: «Zur Technik der Hämorrhoidenoperation».

T. durchschneidet bei der nach verschiedenen Methoden ausgeführten Entfernung der Hämorrhoidalknoten immer den Sphincter ani. Die Continenz wird dadurch später nicht gestört, die schmerzhaften krampfhaften Contractionen bleiben aus, die Darmgaze entleeren sich frei, der Secretabfluss ist gut und selbst das Einführen von dicken Tampons macht keine Beschwerden.

Gegen den Schnitt wird in der Discussion allseitig protestirt. Dehnung des Sphincter, Einführen eines Drainrohrs in das Rectum genügen, der blutige Eingriff complicirt unnützerweise die sonst einfache Operation.

5. W. Lesin: «Ueber die gemischte Bromäthyl-Chloroformnarkose».

Zuerst wird Bromäthyl mit einem Mal in grossen Mengen auf die Maske (von Esmarch oder Schimmelbusch) gegossen; nach eingetretener Anästhesie wird tropfenweise



Chloroform gegeben. Die Anästhesie tritt nach ca. 2 Minuten ein; der Bromäthylverbrauch beträgt durchschnittlich 8,2 Grm.; keinerlei schwere Erscheinungen während der Narkose in 100 Fällen; Chloroformverbrauch ca. 0,9 Grm. in der Minute; keine übele Nachwirkungen.

Sitzung am 31. December 1893.

(Ref. nach dem «Wratsch»).

Präses: Prof. A. Tauber.

1. N. Weljaminow: «Ueber die Resection des Blinddarms».

In Russland ist die Operation nur von Pawlow, Trojanow, Skliffassowski und Vortr. gemacht worden. (Hierzu bemerkt Ref., dass er in einem Fall den in einer Hernie eingeklemmten und gangränösen Blinddarm mit gutem Erfolg resecirt hat; der Kranke wurde am 10. November 1892 in dem Verein St. Petersburger Aerzte vorgestellt; cf. St. Petersburger med. Wochenschr. 1892, Nr. 49, pag. 464). Die 2 Fälle des Vortragenden sind kurz folgende. Frau mit Zeichen von Darmocclusion, in der Cöcalgegend ein harter höckriger Tumor (Carcinom). Das Cöcum allseitig verwachsen, wird resecirt. Am 7. Tage erscheint Koth in der Wunde, am 9. Tage nach der Operation Tod an Eiterinfection. — 15 jähriges Mädchen wird im Februar 1892 wegen eines typhlitischen Abscesses operirt: Incision und Tamponade. Im Mai noch eine kleine Fistel. Im Januar 1893 Zeichen von Darmocclusion, im Juli entleert sich Koth aus der Fistel. Operation im November 1893. Das Cöcum an einer Stelle auf's Aeusserste verengt. Resection, Naht, Tamponade. Am 9. Tage Stuhl, Anfang December entlassen. Die Untersuchung erwies Tuberculose des Darms. W. hält die Differentialdiagnose zwischen Geschwülsten und chronischen Entzündungen des Blinddarms für sehr schwer, oft unmöglich. Man soll keinen temporären Anus präternaturalis anlegen, sondern gleich reseciren; die Art der Vereinigung beider Darmenden ist erst während der Operation festzustellen. Die Nachbehandlung hat in Tamponade (nach Billroth und Salzer) zu bestehen.

2. Prof. Skliffassowski: «Ueber die operative Behandlung der Spina bifida».

Nach anatomischen Vorbemerkungen hebt S. hervor, dass alle bisher geübten Methoden der Bedandlung unzureichend sind (Punctionen, Deckung des Defects der Wirbelsäule mit Weichtheilen etc.). Rationell ist der knöcherne Verschluss des Defects. Die Versuche von Senenko und Rochet, die Wirbelbögen zu verwenden, sind häufig aussichtslos, da auch die Wirbelbögen in der Entwickelung zurückgeblieben sind. Den Moskauer Chirurgen gebührt das Verdienst, einen grossen Fortschritt angebahnt zu haben (Bobrow, Diakonow, Vortr.). Der Bruchsack wird abgetragen und vernäht. Ist der Defect in der Kreuzbeingegend, so wird er mit einer dem Os ileum entnommenen ca. 4 Cm. langen und 2 Cm. dicken Knochscheibe, die mit einer dünnen Muskelschicht in Zusammenhang bleibt, gedeckt. Die Wunde wird vernäht. «In allen Fällen heilte der Knochen an». Bei grössern Defecten räth Bobrow Rippenstücke, Sklifossowski Stücke der Scapula in Zusammenhang mit einer Muskelbrücke, zur Deckung zu verwenden. Bei einer von S. operirten Patientin heilte nach der Operation das Mal perforant du pied, es schwanden die Anästhesien und die Incontinentia alvi, die vordem bestanden hatten.

In der Discussion wird constatirt, dass das endliche Schicksal der transplantirten Knochenplatten noch unbekannt ist; möglicherweise werden sie resorbirt; vielleicht genügt ein Periostlappen mit einer dünnen oberflächlichen Knochenschicht.

3. Prof. P. Morosow: «2 Fälle von spontaner Gangrän» (ein eigener, einer von Prof. Ssikorski).

Beide Fälle sind dadurch bemerkenswerth, dass sie durch Electricität geheilt wurden. M.'s Fall betraf die 4. Zehe. Nach der Amputation derselben heilte die Wunde nicht, die Gangrän schritt weiter. Nachdem 6 mal electrisirt worden war (constanter Strom, Anode im Nacken) fing die Wunde an zu granuliren, nach 35 Sitzungen, war sie verheilt. Im zweiten Fall war wegen fortschreitender Grangrän der grossen Zehe und des Fusses der Unterschenkel amputirt worden. Dem weiteren Fortschreiten machte auch hier die Galvanisation Halt. Vortr. erklärt diese Erfolge dadurch, dass die Innervation der Gefässe herabgesetzt, der Gefässkrampf also aufgehoben wird.

In der Discussion erwähnt Prof. Tauber Fälle von spontaner Gangrän, die nach Aufgeben des Tabakrauchens geheilt sind,

Wolkowitsch sieht das Wesen der Erkrankung in einer Endarteritis obliterans, die Venen und Nerven werden erst secundär in Mitleidenschaft gezogen.

Prof. Ssikorski und Andere können das nicht so bestimmt entscheiden.

Dr. Hagentorn macht auf die ätiologischen Verschiedenheiten der Endarteritis aufmerksam. Die syphilitische E. unterscheidet sich von andern Formen durch die starke Verdickung der Gefässe, das Erhaltenbleiben des Pulses und durch die Besserung nach Jodkaligebrauch.

Sitzung am 2. Januar 1894.

Vorsitzender: Prof. P. Djakonow.

1. Prof. Tauber: «Ueber die Eigenthümlichkeiten der mit Stahlmantelkugeln hervorgebrachten Verletzungen».

Vortr. hat seine Schiessversuche mit österreichischen und preussischen Patronen an frischen injicirten Leichen angestellt. Von 100 Mannlichergeschossen waren 15 deformirt, was auch Delorme angegeben hat, während allgemein angenommen wird, dass die modernen Mantelgeschosse unverändert bleiben. Der Schusskanal ist bis zu einer Entfernung von 1000 Metern cylindrisch, bei grösserer Entfernung und wenn das Geschoss auf einen Widerstand stosst, bekommt der Schusskanal eine conische Gestalt, besonders in den Knochen. T. demonstrirt 2 Schädel, von denen der eine einen Lochschuss aufweist, der andre ist vollständig zersplittert; diese Verschiedenheit ist entweder durch die verschiedene Entfernung oder durch anatomische Differenzen bedingt. Auch an Präparaten von Schenkelknochen lässt sich der Einfluss der Entfernung auf die Form der Schussfractur demonstriren.

2. Dr. A. Ebermann: «Ueber die Schädelverletzungen mit dem 3''' Mantelgeschoss».

Bei voller Ladung der Patrone bekommt man an Schädelschüssen kleine Knochensplitter und strahlenförmige oder kreisförmige Fissuren. Bei schwächerer Ladung werden die Fragmente grösser, die Fissuren weniger zahlreich, die Einschussöffnung wird grösser. Die Verletzung des Gehirns ist proportional der Stärke der Ladung und umgekehrt proportional der Entfernung, aus der geschossen wird.

3. Dr. W. Bystrow: «Ueber die Verletzung des spongiösen Theils der langen Extremitätenknochen».

Um die Verletzungen auf weite Entfernungen zu studiren, wurden Patronen mit schwächerer Ladung gebraucht, wodurch die Geschwindigkeit in kürzerer Entfernung dieselbe ist, wie bei voller Ladung in weiterer Entfernung. Es wurde geschossen in einer Entfernung von 12—3000 Schritt. Die Extremität wurde horizontal vor einer Reihe von 1'' Brettern gelagert, die 1½ Werschock von einander entfernt waren. Resultate: 1. Bis 3000 Schritt perforiren die Kugeln immer die Spongiosa vollständig. 2. Die Kugel wird nicht deformirt. 3. Die Kugel beschreibt in der angegebenen Distanz eine regelmässige Flugbahn und trifft mit der Spitze auf. 4. Nachdem die Kugel den Knochen perforirt hat, dreht sie sich und trifft die Bretter seitlings oder mit dem linken Pol. 5. Je grösser die Kraft, mit der die Kugel den Knochen trifft, um so leichter wird sie abgelenkt. 6. Die Einschussöffnung der Haut ist bei verticalem Auftreffen rund, oval bei Auftreffen unter einem andern Winkel. 7. Die Ausschussöffnung ist unregelmässig geformt, gerissen oder spaltförmig. 8. Gewöhnlich ist die Ausschussöffnung grösser als der Einschuss, zuweilen aber auch kleiner und hat dann vorgestülpte, zuweilen auch eingestülpte Ränder. 9. Je geringer die Geschwindigkeit der Kugel, um so weniger Fissuren und Splitter giebt der Knochen. Lochschüsse ohne Fissuren erhielt Vortr. bei einer Geschwindigkeit, die der Distanz von 3000 Schritt entsprach. 10. Der Ausschuss im Knochen ist gewöhnlich grösser als der Einschuss. 11. Bei Schussfracturen der Spongiosa werden die Fragmente durch Periost und Bänder gewöhnlich in ihrer normalen Lage erhalten.

4. Dr. Iwanow: «Ueber die Schrägverletzungen der Diaphysen der langen Extremitätenknochen mit dem 3''' Mantelgeschoss».

Die Knochen waren so gelagert, dass sie unter einem Winkel von 45° getroffen wurden. 1. Lochschüsse kommen nicht vor. 2. Die Verletzungen sind schwerer als bei vertikalem Auftreten des Geschosses. 3. Steckenbleiben der Kugel im Knochen wird nur bei Deformirung der ersteren beobachtet. 4. Die Zahl der Fragmente wächst mit der Grösse der Ladung. 5. Mit grösserer Entfernung nimmt die Zerstörung des Knochens zu. 6. Reine Contusionen erhält man von ricochetiren-Kugeln. 7. Deformirte Kugeln wirken wie Sprenggeschosse. 8. Knochenfacetten begünstigen die Sprengwirkung der Kugeln. 9. Gefässe und Nerven bleiben meist unverletzt, wenn die Kugeln keine Sprengwirkung ausüben. 10. Am Schenkel- und Oberarmknochen kann die Einschussöffnung kleiner sein als der Durchmesser der Kugel.



5. Prof. W. Ratimow stellt eine Kranke vor, der er im Jahr 1885 den »Pylorus wegen Carcinom resercirt» hat.

Die Kranke ist bis jetzt gesund. Die Diagnose war auch mikroskopisch bestätigt worden. In der Literatur existirt nach R. nur ein Fall von Wölfler, der die Operation 5 Jahre überlebt hat, alle andern sind früher zu Grunde gegangen.

6. Prof. E. Pawlow: «Ueber die Bedeutung der Erde, des Wassers, der Steine und Bäume für den Schutz vor Verletzungen mit Mantelgeschossen».

Bei voller Ladung durchschlägt die Kugel auf 30 Schritt 36 einzöllige Bretter, bei 2 Gramm Ladung 27½ Bretter, bei 1½ Gramm 17½, bei 1 Gramm 8½; bei ½ Gramm Ladung kann die Kugel im Lauf stecken bleiben. Schlägt die Kugel unter einem Winkel von wenigstens 8° auf Wasser, so ricochetirt sie und kann sehr bedeutende Verletzungen hervorbringen; eine 1 Meter dicke Wasserschicht schützt noch nicht vor Verletzung durch eine ricochetirende Kugel. Trifft die Kugel unter einem Winkel von mehr als 8° auf Wasser, so sinkt sie zu Boden. Bei Schüssen auf feuchten Sand und Thon hat die Entfernung keinen Einfluss auf die Tiefe des Eindringens der Kugel. Im Allgemeinen dringt die Kugel 60 Cm. tief ein. Der beste Schutz ist ein Erdwall mit senkrechten Wänden; sind die Wände geneigt, so soll die Neigung nicht unter 25° betragen, da sonst auftreffende Kugeln ricochetiren und verwunden können. Kugeln, die unter weniger als 15° auf die ebene Erde auftreffen, ricochetiren. In Bäume dringen die Mantelgeschosse um so tiefer, je näher geschossen wird: auf 200 Schritt 130 Cm. tief, auf 600 Schritt 84 Cm. tief. Trifft die Kugel seitliche Theile des Baums, so wird sie um 8—10° abgelenkt. Merkwürdigerweise dringen Berdankugeln aus weitern Entfernungen tiefer in Bäume als aus nähern: auf 200 Schritt 16 Cm. tief, auf 600 Schritt 31 Cm. tief. — Beim Aufschlagen auf Stein wird das Mantelgeschoss deformirt, der Stein zertrümmert. Berdankugeln zertrümmern den Stein nicht, sondern zersplittern selbst vollständig.

7. Prof. Podres: «Ueber vergessene Indicationen zur Nervendehnung».

Dahin rechnet Vortr. die Nervendehnung bei Amputationsneuromen, Neuromen des Knochencallus, Neuralgien. Die locale Therapie, resp. Excision, hilft nicht immer, da es sich oft um aufsteigende Neuritis der Nervenstämme handelt; Dehnung dieser kann dann prompte Hülfe bringen, was durch einen Fall von Amputationsneurom am Unterschenkel belegt wird, der erst nach Dehnung des mit seiner Umgebung verbackenen N. ischiadicus von den Schmerzen befreit wurde.

Wanach.

Wratsch № 50—52 (1893) u. 1—5 (1894)

K. Schulz: «Diagnose der künstlich hervorgebrachten Inguinalhernien». (Nr. 50.)

Der Aufsatz handelt von verschiedenen Eingriffen, die vorgenommen werden, um eine Hernie vorzutäuschen oder auch eine solche zu Wege zu bringen, um sich der Wehrpflicht zu entziehen. Hierher gehört das Hervorrufen eines Hautemphysems in der Leistengegend oder einer Vorwölbung durch Injection von unschuldigen aber auch reizenden Flüssigkeiten. Häufiger ist ein anderer Modus: 4—6 Monate vor dem Termin der Einberufung lassen sich die betreffenden Leute von sachkundigen Feldschern ein Instrument, welches einem Handschuhrecker ähnlich ist, in den Leistenkanal einführen und unter heftigen Schmerzen hoch hinauf führen. Bald nach diesem Eingriff zeigt sich eine Vorbuchtung und nach 2—3 Monaten ist die Hernie da. Verf. berichtet über 133 künstlich hervorgebrachten Hernien.

D. Shbankow: «Einige Bemerkungen über die Cholera 1892—1893». (Nr. 50 und 51.)

Vom Mai 1892 bis zum 4. Sept. 1882 sind in Russland 433,643 Personen erkrankt, von denen 215,157 gestorben (=49,6 pCt.). Vom Januar 1893 bis Ende October erkrankt 94,748, gestorben 38,922 (=41,07 pCt.). In den früheren Epidemieen war dieselbe im ersten Jahr ihres Auftretens bedeutend schwächer, als im zweiten; dieses Mal findet das umgekehrte Verhältniss statt. Die Ausbreitung der Epidemie wurde begünstigt durch das Elend der vorhergegangenen Hungerjahre. Eine wichtige Rolle schreibt Verf. den meteorologischen Verhältnissen zu: im südlichen Russland (zwischen 45 und 51°) starben auf 10,000 Personen 49,2, in Centralrussland 29,0, im Norden nur 13,7 auf 10,000. Es folgt eine tabellarische Uebersicht über die Vertheilung der Erkrankungen in den verschiedenen Gouvernements und eine genaue Beschreibung über den Anfang und das Umsichgreifen der Epidemie im Gouvernement Smolensk, wo Verf. thätig war, Besprechung der örtlichen Verhältnisse.

E. Wolfsohn: «Uterus bicornis, graviditas des rechten Horns, Abort». (Nr. 50.)

In der Ueberschrift ist die Wiedergabe des casuistischen Falles enthalten.

P. Kostenko: «Zur Frage über die Behandlung der Diphterie». (Nr. 50.)

Bestreichung der afficirten Partieen mit Petroleum.

A. Losinsky: «Ist es zweckmässig über die Homeopathie zu schweigen». (Nr. 50.)

Verf. ist für energisches Frontmachen und nicht für die Maxime: laissez faire, laissez passer».

Federolf: «Ein Fall von Pigmentschwund in Folge eines psychischen Shoks.» (Nr. 50.)

Bei einem gesunden Menschen bildeten sich flächenhafte weisse Flecke auf dem Rücken aus.

Fenomenow und A. Kotschetkow: Project zur Modification der Symphyseotomie». (Nr. 51.)

Vorläufige Mittheilung.

Eine Pubeotomie mit Autoplastik, fürs Erste nur an Leichen und Thieren ausgeführt. Von den tuberc. ileo-pubica wird nach Durchtrennung bis auf den Knochen mit Sägezügen ein knöchernes Dreieck mit der Spitze am lig. arcuatum losgelöst nach oben geklappt und nach erfolgter Geburt wieder hineingesetzt. In diesem Sinne sind mehrere Methoden angegeben, die im Original nachzulesen sind.

G. Gabritschewsky: «Untersuchung der Schallleitungsfähigkeit des Schädels zu diagnostischen Zwecken». (Nr. 52.)

Verf. beansprucht die Priorität der Untersuchungsmethode (vergl. Okunew Wratsch 1893 № 48 u. 49). Er hat schon 1888 die Schalleitungsverhältnisse des Schädels zu diagnostischen Zwecken, speciell zur Diagnose des Eiterprocesses im proc. mastoideus verwerthet. Auch zur Untersuchung der Schallleitungsverhältnisse in den Brustorganen hat Verf. seinen «Pneumatoscop» verwerthet.

A. Pombrak: «Mittheilungen über die Syphilis inmitten der ländlichen Bevölkerung auf der zweiten Station des Kreises Romanowo-Borissoglebsky nach ambulatorischen Aufzeichnungen in den letzten 8 Jahren». (Nr. 52.)

Statistischer Bericht.

N. Ssimanoffsky: «Ueber die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Drüsengewebes unter der Zungenwurzel («Zungenmandel») NNr. 43, 45, 46, 47, 48, 49 u. 50.

Das aus einem Drüsencomplex bestehende Gewebe zieht sich (Waldeyer) in querer Richtung von einer Mandel zur anderen einen Theil des Zungengrundes einnehmend und in sagittaler Richtung von der papilla circumvalata zur hinteren Grenze der Zungenwurzel. Die Erkrankung dieses Drüsengewebes ist mannigfacher Art: entweder ist nur der Schleimhautüberzug afficirt, oder es handelt sich um die sog. lacunäre Form, um Vereiterung oder eine phlegmonöse Entzündung — Periamygdalitis phlegmonosa. Die Ursache einer Erkrankung ist zu suchen in einer Infection durch Entzündungserreger, die mit der Luft oder Speise hineingelangen, oftmals vergesellschaftet mit Tonsillitis. Es bestehen dabei Schluckschmerzen, Gefühl von Trockenheit, Kratzen. Auch einfache Hypertrophien werden beobachtet. Es folgen mehrere Krankengeschichten.

Erismann: «Der Vegetarianismus im Lichte moderner Wissenschaft». (Nr. 1.)

Besprechung der zur Vertheidigung des Vegetarianismus geltend gemachten ethischen, öconomischen, anatomisch-physiologischen und medicinischen Grundsätze. Die vergleichende Anatomie giebt keine Anhaltspunkte für die Auffassung, als wäre der menschliche Organismus auf die pflanzliche Kost angewiesen. Die den meisten Pflanzenproducten eigene Hülle stellt an die verdauende Arbeit des Magendarmtractus eine grössere Anforderung und die Resorption des Stickstoffes aus der animalischen Kost ist eine ausgiebigere als bei der pflanzlichen. Die Resorption der Pflanzenkost wird durch die Anwesenheit animalischer Kost erhöht.



M. Kurlow: «Zur Lehre von den Parasiten des Krebses». (Nr. 1.)

K. beschreibt ein von ihm mikroskopisch untersuchtes Carcinom. Er fand im Centrum einer Krebsperle eine hypertrophische, vergrösserte Epithelzelle, diese barg in vielen Fällen einen rundlich länglichen oder unregelmässigen Körper, welchen Verf. als Parasiten anspricht. Dieser verdrängt den Kern der Epithelzelle in die eine oder andere Seite, liegt in einer Vacuole und überragt oft die Grösse einer carcinomatösen Zelle. Die Grenzen dieser Gebilde sind nicht scharf, das Protoplasma feinkörnig, dazwischen mit schwarz-braunem Pigment versehen. Bei einigen beobachtet man Auswüchse von verschiedener Breite und Länge, oft 10 mal länger im Durchmesser, als das Muttergebilde, die ihrerseits wiederum secundäre Auswüchse aufweisen. Verf. nimmt an, dass mit Hülfe dieser Auswüchse, Pseudopodien, das Gebilde sich fortbewegen kann aus einer Zelle in die andere. Diese Gebilde entsprechen dem von Korotnew beschriebenen rhopalocephalus canceromatosus und stellen das jugendliche Stadium desselben dar.

Th. Heissler: «Zur Lehre der Oedeme ohne Albuminurie». (Nr. 1.)

H. fasst die von Organerkrankungen unabhängigen Ursachen des Zustandekommens der Oedeme zusammen: mechanische Ursachen, dyscrasische Zustände. Erkältung, neuropathische Grundlage (auf centraler oder peripherer Erkrankung der Nerven beruhend) Angioneurose, wozu der Hydrops hystericus gehört, schliesslich die essentielle Anaemie. Dann folgt die Beschreibung eines Falles mit Oedem und Ascites bei einem 28 jährigen Mann; kein Eiweiss oder Cylinder im Harn bei mehrfacher Untersuchung. Dennoch sprach der Habitus und die Anamnese für eine Nephritis. Die Untersuchung des Blutes ergab eine bedeutende Verminderung des Haemoglobingehaltes bei normaler Anzahl rother Blutkörperchen und Abwesenheit von Poikilocyten. Verfasser schuldigt als Ursache die primäre Anaemie an.

S. Lewaschow: «Der jetzige Standpunkt in der Frage der Aetiologie des Flecktyphus». (Nr. 2 und 3.)

Verf. fand im Blut, das der Milz und der Fingerkuppe entnommen wurde, Mikrokokken zu zwei oder in grösseren Haufen, von denen sich die einzelnen Mikrokokken durch pendelartige Bewegungen trennten. Manches mal gelang es zu beobachten, dass ein Pol in einen zarten, kaum sichtbaren Faden übergeht. Ihre Länge beträgt 0,2—0,3 μ. Auch bacteriologisch wurde das Blut von 118 Kranken untersucht und auf Agar-Agar charakteristische Culturen gewonnen; dieselben entwickelten sich in Form halbdurchsichtiger Wölkchen und wuchsen nur auf der oberflächlichen Schicht längst dem Einstich. Der Inhalt des Conjunctivalsackes wurde gleichfalls auf die Anwesenheit dieser Mikrocokken geprüft und zwar mit positivem Resultat. Verf. hält diesen, von ihm micrococcus exanthematicus benannten, Mikroben für den pathogenen Infectionserreger. Das Thierexperiment bestätigte den Befund.

J. Gorochow und M. Wawilow: «Zur Frage über den Einfluss einer periodischen, unvollkommenen Hungercur von kurzer Dauer auf den N- und Wasser-Umsatz, die Assimilation des N. und der Fette in der Nahrung und auf die Muskelkraft bei gesunden Menschen». (Nr. 2.)

Vorläufige Mittheilung.

Untersuchungen zur Zeit einer unvollkommenen Hungercur und zur Zeit einer genügenden Ernährung nach einer Hungercur.

K. Wagner: «Entspricht die Bildung der Pharmaceuten und die Einrichtungen der Apotheke den zeitgemässen Anforderungen der Medicin vollkommen». (Nr. 2.)

Verf. meint, es müsse Manches reorganisirt werden, das Studium der Pharmaceuten sei zu verlängern, die Leistungen der Pharmaceuten müssten den erhöhten Anforderungen, wie der Herstellung der Brown-Sequardschen Lösung und vielleicht in Zukunft der Präparate der Blutserumtherapie, entsprechen.

M. Jerussalimsky: «Zur pathologischen Anatomie der Schweissdrüsen bei der Cholera asiatica». (Nr 3.)

Vorläufige Mittheilung.

Von 15 Choleraleichen wurden Hautstückchen in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet und mikroskopisch untersucht. Die Epithelzellen waren vielfach in kernigem Zerfall begriffen und ihrer Kerne beraubt oder man fand eine hydropische Degeneration der Zellen, dieselben nahmen ein gequollenes, vollkommen durchsichtiges Aussehen an. Dieselbe hydropische Degeneration findet sich im stratum Malpighii. Daneben trifft man unter demselben längst dem Verlauf der Gefässe-Anhäufungen von lymphoiden Zellen.

S. Ssmirnow: «Zur Frage über den Einfluss fractionirter Nahrungsaufnahme auf die Assimilation und den Stoffwechsel des N bei Gesunden». (Nr. 3.)

Vorl. Mittheilung.

Die fractionirte Nahrungsaufnahme ist nutzbringender als die nicht fractionirte (täglich einmalige), die Assimilation des N. ist erhöht.

P. Borschtschew: «Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre». (Nr. 3.)

Die Unnasche Zink-Gelatine ist mehrfach mit Erfolg angewandt worden.

S. Elzina: «Wünschenswerthe Maassnahmen zur Ernährung syphilitischer Säuglinge». (Nr. 4)

Verfasser empfiehlt, wenn das Neugeborene nicht von der Mutter oder einer syphilitischen Amme genährt werden kann, die in Paris übliche Methode: das Anlegen des Kindes an die Zitzen einer Eselin.

M. Tschistjakow: «Glycosurie in der Anfangsperiode der Syphilis». (Nr. 4 u. 5.)

Verf. führt eine Krankengeschichte an, wo dem Erscheinen des ersten Exanthems Zucker im Harn (0,5 pCt.) vorausging; der Urin reagirte sauer, das Tagesquantum war etwas vermehrt, sonst keine hervorragende Veränderung in den Bestandtheilen des Harns. Durstgefühl und Abmagerung in mässigem Grade, die Erscheinung ist gutartiger Natur, von vorübergehender Dauer. Die Glycosurie ist eine Folge des veränderten Stoffwechsels im Körper des Syphilitikers.

B. Sinani: «Die Anwendung des Hypnotismus zwecks therapeutischer und pädagogischer Beeinflussung bei einem auf Grund hereditärer Anomalie an Masturbation leidenden Knaben». (Nr. 4.)

Als 10-jähriger Junge kam Pat. in Behandlung, nach 45 Sitzungen konnte Pat. entlassen werden. Genaue Krankengeschichte.

D. Timofejewsky: «Zur Frbge von den kernhaltigen rothen Blutkörperchen». (Nr. 5.)

Vorläufige Mittheilung

Eine nach Angabe von Naegeli angefertigte Salzlösung wurde Hunden in die vena saphena injicirt, nachdem die Flüssigkeit 30 Tage dem Fäulnissprocess überlassen war. Während der Erscheinung der acuten Vergiftung wurde das Blut mit Hilfe des Thoma-Zeiss'schen Apparates untersucht. Schon nach Ablauf von fünf Minuten nach Infusion der fauligen Masse fanden sich anfangs vereinzelte, später massenhafte Exemplare von kernhaltigen rothen Blutkörperchen. Dieselben nach der Methode von Ehrlich gefärbt, zeigen dieselbe Grösse, wie die gewöhnlichen rothen Blutkörperchen, besitzen einen runden, scharf umschriebenen Kern von 4—5 μ, meist schwarz gefärbt. Die Zahl der gewöhnlichen rothen Blutkörperchen ist nach der Infusion erhöht, was Verf. in Zusammenhang bringt mit dem Bestreben das schädliche Agens möglichst rasch zu eliminiren. Mit dieser Vermehrung geht Hand in Hand der Untergang einer Menge rother Blutkörperchen.

D. Tschapin: «Ein seltener Fall von partiellem Schwund des Radius bei einer syphilitischen im gummösen Stadium». (Nr. 5.)

Die Mitte des rechten Radius war in einer Ausdehnung von 3—4 Centm. fast völlig geschwunden.

A. Wiltschur: «Neue bakteriologische Beobachtungen über die Cholera». (Nr. 4 u. 5.)

Nach einem historischen Ueberblick über die Streitfragen, welche sich an die Entdeckung des Kommabacillus schlossen, berichtet Verf. über seine bakteriologischen Versuche (70 an der Zahl). In den mikroskopischen Präparaten aus den einzelnen Colonien fand er in allen Fällen Stäbchen mit gefärbten Enden und einem schwach gefärbten Mittelstück, die nicht identisch sind mit dem Koch'schen Bacillus den er neben den eben erwähnten bipolaren Stäbchen mit Ausnahme von 3 Fällen jedes Mal auch fand. Dieser Befund veranlasste W. Ueberimpfungen des bipolaren Stäbchens vorzunehmen und dieselben zu züchten und es gelang dieselben in den typischen Kommabacillus überzuführen. W. spricht sich dagegen aus, dass die bipolaren Stäbchen ein Involutionsstadium des Commabacillus darstellen, sondern sieht das bipoläre Stäbchen als eine Modification an, das ein verändertes Aussehen angenommen hat, unter dem Einfluss klimatischer- und Bodenverhältnisse. In



diesem Umstande sieht Verf. auch die Erklärung für die in letzter Zeit immer häufiger werden den divergirenden Berichte über das Aussehen der Cholerabacillen und die Beschreibung verschiedener Arten. Die Cultur des bipolaren Stäbchens hat ein besonderes Aussehen. W. sieht den Kochschen Cholerabacillus und die Modificationen, denen derselbe unterworfen, als Urheber der betreffenden Krankheit an.

L. v. Lingen.

Russkaja Medicina. № 47 u 48 1893 u. № 1–8 1894.

A. Birjukow: «Ein Ozonator zur Ozonbehandlung der Lungentuberkulose.» (№ 47).

B. Basskin: «Ueber den Einfluss des operativen Eingreifens bei der Eclampsie der Kreissenden» (№№ 47 und 48).

Verfasser sucht die Frage auf Grund des Materials der Nadeshdinski'schen Geburtshülflichen Anstalt zu entscheiden (Periode 1881–1891). Im Ganzen waren es 127 Fälle von Eclampsie während der Geburt; 84 Fälle wurden operativ behandelt, in 43 Fällen ging die Geburt ohne Hülfe von Statten. Von den 84 operirten Fällen starben 18, genasen 66, Mortalität = 21,43% von den 43 Fällen starben nur 5. Mortalität = 11,63%. Im Ganzen wurden 128 Kinder geboren und zwar 77 lebend, 51 (=39,84%) todt; bei den Operirten wurden 54 lebende und 31 (36,90%) todte Kinder geboren, während bei den nicht Operirten 23 lebende und 20 todte (46,5%) zur Welt gebracht wurden. Diese Statistik zeigt somit, dass die Mortalität in den Fällen, wo operative Hülfe angewandt wurde, doppelt so gross ist, wie die Mortalität in den nicht operirten Fällen. Die grosse Mortalitätszahl bei den operirten Fällen lässt sich nicht auf die angewandten Operationen zurückführen; es wurden ausgeführt: 70 mal einfache Zange, 12 mal Kristeller'scher Handgriff, einmal Perforation und einmal Kaiserschnitt. Die ungünstigen Resultate, die auch von anderen Autoren hervorgehoben werden, sind nur zum Theil aufgeklärt; es spielen hier sehr verschiedenartige Factoren mit, so z. B. eine besondere Disposition der Eclamptischen zur Septicaemie, ferner die Chloroformnarkose. Verfasser spricht seine Meinung dahin aus, dass die Eclampsie an und für sich nur in ganz besonderen Fällen Indication zum operativen Eingreifen abgeben könne; was das für Fälle sind, müsse noch näher präcisirt werden; jedenfalls rechtfertige die klinische Beobachtung durchaus nicht die forcirten Eingriffe bei der Eclampsie, weder in Betreff der Mutter, noch in Betreff des Kindes.

Skworzow (Professor): «Die Entstehung der Choleraepidemien und die Mittel zur Bekämpfung derselben.» (№ 48).

Iwanowsky: «Ueber die Bedeutung der Medicin in der Geschichte des Criminalrechts.» (Nr. 1.)

Borissow: «Der Einfluss des Chloroformirens auf die Morphologie des Blutes und die Thätigkeit der Leucocyten». (Nr. 1, 2 u. 3).

Auf Grund mehrerer Versuche die an Hunden angestellt worden sind, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Das specifische Gewicht und der Hämoglobingehalt des Blutes nehmen während des Chloroformirens zu. Die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt während des Chloroformirens zu, vermindert sich 2–3 Stunden darauf, um am nächsten Tage nach der Narkose wieder beträchtlich zu steigen. In den nächstfolgenden Tagen nimmt sie wieder stetig ab, bleibt aber stets über der Norm vergrössert.

Die Zahl der weissen Blutkörperchen bleibt während des Chloroformirens unverändert, 1–2 Stunden nach der Narcose wird sie jedoch fast sechs Mal so gross, aber schon nach 20 Stunden beginnt eine stetige Verminderung derselben. Die Lymphocyten bleiben unverändert, die eosinophilen Blutkörperchen vermehren sich. Das Chloroformiren nimmt nicht den weissen Blutkörperchen die Fähigkeit Fremdkörpor im Blute aufzufangen und den Organismus vor schädlichen Einflüssen zu schützen. Verf. schliesst aus seinen Versuchen, dass das Chloroformiren einen günstigen Einfluss auf die Wundheilung nach Operationen haben muss.

Abramitschew und Ssemenow: «Ein Fall von multiplem Hautsarcom». (NNr. 1–4.)

Seit 2½ Jahren Kräfteverfall; aber erst vor 5 Monaten bemerkte Pat. die erste Geschwulst am inneren Winkel der l. scapula. Die Zahl und Grösse der fortwährend auftretenden Geschwülste nahmen rapide zu, so dass bei der Aufnahme in's Hospital am Kopfe und Rumpfe 348 Geschwülste nachweisbar waren. Consistenz der meisten prall elastisch, anderer weich, teigig. Grösse sehr verschieden, bohnen- bis apfelsinengross. Druckempfindlichkeit sehr gering. Die Extremitäten blieben von den Geschwülsten frei. Nach operativer Entfernung mehrerer Geschwülste am Rumpfe (in der reg. subumbil) stetiges Zunehmen der Geschwülste an Zahl und Grösse, Gangränescenz derselben an verschiedenen Stellen. Rascher Kräfteverfall, intensive Kopfschmerzen, Auftreten von Schmerzen in den Geschwülsten; im weiteren Verlaufe Bewusstlosigkeit. Exitus lethalis. Bei der Section fand man die inneren Organe vollkommen frei, dagegen war das Peritoneum parietale und viscerale, sowie die subserosa des Dünn- und Dickdarmes mit zahlreichen kleinen Geschwülsten durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung stellte Sarcoma fusocellulare fest.

Rubetz: «Zur Behandlung der cavernösen Angiome». (Nr. 2.)

An der Oberlippe eines 19-jährigen Kosaken bildete sich ein faustgrosses kugelförmiges Angiom, welches ein nur geringes Oeffnen des Mundes zuliess, daher mangelhafte Speiseaufnahme und undeutliches Sprechen. Verf. versuchte zunächst durch Unterbindung der art. coronar. lab. sup. beiderseits die Rückbildung der Geschwulst zu bewirken, allein ohne jeglichen Erfolg. Es wurde daher nach ca. 3 Monaten zu Injectionen von liq. ferri sesquichlor geschritten, wobei die zuführenden Arterien beiderseits mittels Pincetten comprimirt wurden. Zur Injection gebrauchte Verf. 10 und 15 pCt. Liq. ferri sesquichl, und zwar zu 5 Tropfen jedes Mal. Im Ganzen wurden im Laufe eines Monates 12 Injectionen gemacht. An den Injectionsstellen bildeten sich jedes Mal bretthatre Infiltrate. Ein Jahr später konnte eine völlige Rückbildung der Geschwulst und Restitutio ad integrum constatirt werden.

Gatschkowsky: «Das kalte elektrische Licht als Heilmittel» (NNr. 3. u. 5.)

Mittelst eines vom Autor construirten Apparates, wobei das electrische Licht eines 5 W. starken electrischen Lämpchens abgekühlt werden konnte, hat Verf. in mehreren Fällen von rheumatischen und neuralgischen Schmerzen vollkommene Heilung erzielt.

Eroschewsky: «Ueber den langsamen Puls beim Abdominal-Typhus». (NNr. 4 u. 6.)

Verf. führt einen Fall von Typhus abdominalis an, bei welchem die Pulszahl im Verlaufe der Krankheit von 80–85 auf 40–38 heruntersank. Die T° schwankte zwischen 38 und 39°. Diesen langsamen Puls erklärt der Autor durch den gemeinsamen Einfluss dreier Factoren, und zwar durch den specifischen Virus des Typhus, durch die vermuthliche fettige Degeneration des Herzens und durch die im Verlaufe der Krankheit bei dem Kranken (Arzt) entstandene Hirnanämie.

Prokopjew: «Eine Drillingsgeburt». (NNr. 5 u. 6.)

Ein Fall von einer Drillingsgeburt, wo die Diagnose erst nach Abgang der 1. Frucht möglich war, indem der Autor an zwei verschiedenen Stellen kindliche Herztöne ungleicher Frequenz (132 und 144) wahrnehmen konnte, ausserdem liess sich eine grössere Anzahl kleiner Theile nachweisen. Es waren zwei Placentae vorhanden, eine grössere und eine kleinere, fest mit einander verbunden. In der grösseren Nachgeburt zwei Säcke, die ein gemeinsames Chorion und zwei gesonderte Amnion besassen. Diese gehörte zweien Knaben an. Die zweite Nachgeburt besass ein gesondertes Amnion und Chorion und enthielt ein Mädchen. Die Scheidewand zwischen beiden Nachgeburten bestand aus 2 Amnion und 2 Chorion. Sämmtliche Früchte waren sehr klein und unreif (8 Monate). Nach der Expulsion der Placentae stellte sich eine beträchtliche Nachblutung ein.

Zechanowitsch: «Das Zinkoxyd als Verbandmittel». (Nr 8.)

Autor hat das Zinkoxyd als Streupulver in mehreren Fällen von weichem und hartem Schanker statt Jodoform angewandt und gelangt zum Schlusse, dass das Zinkoxyd in der kleinen Chirurgie überhaupt und speciell bei den venerischen Affectionen das Jodoform mit gutem Erfolge ersetzen könne.

Abelmann.



Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 1—5. 1894.

Prof. N. Petrow: «Ueber die Mikroorganismen des Sarkoms». (№ 1).

Zur Untersuchung gelangten 19 reine Sarkome (1 polymorphes, 4 Riesenzellen-, 8 Rundzellen- und 6 Spindelzellensarkome) und 5 Mischformen (je 1 Myxo-, Chondro-, Fibromyosarkom und 2 Gliosarkome). Einige Präparate waren frisch, andere bei der Section gewonnen oder stammten aus Sammlungen. Sie wurden theils ungefärbt, theils nach verschiedenen Methoden gefärbt untersucht. Am meisten bewährte sich Färbung mit Methylenblau (in wässr. Karbollösung) und darauf folgende Nachfärbung mit gelber Anilinfarbe. Hierbei traten die Zelleinschlüsse besonders deutlich hervor. Sie präsentirten sich entweder als gelb gefärbte runde oder ovale homogene Körper von circa 4,8 Mm. Durchmesser, ohne Kern, zu einem oder mehreren in jeder Zelle, oder als kernhaltige Körper von circa 3,2 Mm. Durchmesser, wobei der Kern meist dunkelgrün, selten blau, der Zellkern dagegen stets blau gefärbt war. In anderen Fällen fanden sich sporocystenähnliche Gebilde. Gelagert sind diese Körper meist im Protoplasma der Zellen, seltener im Zellkern, finden sich aber auch mitunter zwischen den Zellen. In letzterem Fall erscheinen sie zuweilen als kleine, runde oder ovale kernhaltige Körperchen, die bedeutend kleiner sind als die kleinsten Leukocyten. Einige Formen ähnelten vollkommen den von Toison, Steinhaus und Clarke beschriebenen. Die Sarkomzellen selbst, welche diese Gebilde beherbergten, waren vergrössert, ihr Kern zur Peripherie verdrängt, dabei gleichsam gequollen, in anderen Fällen verkleinert, die Chromatinsubstanz häufig in eine stark färbbare Masse von unregelmässiger Form verwandelt. Diese Gebilde im Verein mit der eben beschriebenen Veränderung der Zellen fand P. in allen Sarkomen und um so häufiger, je weicher und maligner das Sarkom war. Zum Schluss formulirt P. seine Meinung dahin, dass die Zelleinschlüsse parasitären Charakters und höchst wahrscheinlich die Ursache der Neubildung sind.

G. A. Swijascheninow: «Ueber Schädeloperationen auf der chirurgischen Abtheilung des Marienhospitals während der letzten 7 Jahre (1886—93)». (№ 1—3).

Von 2520 Operationen mit Chloroform entfielen 341 auf grössere Operationen an Knochen, davon 57 (16,7 pCt.) am Schädel. Unter letzteren wurden Trepanationen und Auslöffelungen des proc. mastoid. 49 mal ausgeführt. In 45 Fällen bestand fungös-eitrige Osteomyelitis nach Otitis media supp. Bei 3 Pat. fand sich ausserdem caries ossis occipit., in 1 Fall beiderseitige partielle Nekrose der Pyramide und Schuppe d. os tempor. Von diesen 49 starben 5 (11,3 pCt.). 8 Operationen wurden am Schädeldach ausgeführt: je eine Trepanation und Auslöffelung des Scheitel- und des Stirnbeins wegen syphil. Caries; 1 Auslöffelung einer sekund. partiellen Caries der Schläfenbeinschuppe; 1 Entfernung eines Osteoms des Orbitaltheils des Stirnbeins und 4 Trepanationen in Folge Schädeltraumas. Letztere theilt S. genauer mit.

Der erste Fall wurde im Jahre 1887 von Dr. Praksin trepanirt. 19-jähriger Pat. mit complicirtem Splitterbruch des Stirnbeins und partiellen Verlust des linken Stirnlappens. Pat. wird geheilt mit Prothese entlassen.

II. Fall (1888). 19-jähriger Pat., 5 Wochen nach erlittenem Trauma (Beilhiebe) aufgenommen mit linksseitiger Hemiplegie des Gesichts, der Extremitäten und Depression des r. Scheitelbeins. Symptome von Hirndruck bei normaler Temp. 5 Tage später Trepanation. Bei Entfernung von Splittern der lamina vitrea entleert sich durch die dura mater Eiter und erweichte Gehirnmasse. Vorübergehende Besserung. Gehirnvorfall durch die Wunde, der an einigen Stellen scheinbar fluctuirte, so dass 2 mal punktirt wurde, jedoch ohne Erfolg. Allmähliche Abnahme aller Symptome. Nach 1/2 Jahr heftige Anfälle von rechtsseitiger Hemicranie mit linksseitigen Hirnreizerscheinungen. Unter Temperatursteigerung erfolgte der exitus 10 Monate nach der Trepanation. Bei der Section wurden ausser Tubercul. pulmon. et pleurae sin., Tuberc. meningealis mil. ac., noch 2 Abscesse im Gehirn gefunden, der eine (von Eigrösse) im mittleren Abschnitt beider Centralwindungen, der andere (von Kirschengrösse) nahe über dem rechten Vorderhorn.

III. Fall (1892). 17-jähriger Pat. wird mit complicirtem Splitterbruch des Stirnbeins sofort nach erlittenem Trauma eingebracht. Geringe Hirndruckerscheinungen. Bei der Trepanation wurden 3 Knochensplitter entfernt. Dura unverletzt. Reactionsloser Verlauf. Nach 4 Mon. war d. Defect (6 Ctm. lang und 2,5 Ctm. breit) vollkommen von neugebildetem Knochen ausgefüllt.

IV. Fall 1892): 26-jähriger Elektrotechniker, 1 Std. nach erfolgtem Trauma (Maschinenverletzung) in bewusstlosem Zustand mit allg. Krämpfen aufgenommen. Complic. Fractur des linken Scheitelbeins mit Knochendepression und grosser lappenförmigen Hautwunde, die wegen Blutung zeitweilig tamponirt wurde. Pat. wegen delirium traumat. in die Isolirabtheilung übergeführt. Allmähliche Abnahme der Reizerscheinungen. 12 Tage nach Aufnahme Trepanation, Hervorhebeln des deprimirten Knochenstücks. Abmeisselung der Ränder. Blutung aus dem durch einen Knochensplitter verletzten Sinus longitud. sup. Erst gegen Ende der 2. Woche nach der Trepanation hören die mot. und psychischen Reizerscheinungen auf. Nach 5 Monaten war die Hautwunde, welche eine plastische Nachoperation erforderte, vollkommen geschlossen, ein Defect im Knochen nicht durchzufühlen.

N. J. Ketscher: «Ueber künstliche Immunität gegen Cholera». (Nr. 2—4.)

K. resumirt seine, durch eigene Versuche bereicherte Arbeit folgendermassen:

Die Einimpfung lebender, völlig virulenter und todter Choleraculturen oder ihres Filtrates unter die Haut, in die Bauchhöhle oder per os schützt die Thiere vor Infection. Vor Infection von Seiten des Magendarmkanals schützt nur Einführung der Kulturen per os. — Die Immunität beginnt 24 Std. nach Einführung der Culturen, nimmt mit der Zeit scheinbar zu und dauert ca. 3 Monate. — Bis zum Auftreten der Immunität sind die Thiere in erhöhtem Maasse ansteckungsfähig. — Immune Thiere sind nicht geschützt vor der Wirkung der tödtlichen Dosis. Die Immunität kann nur bis zu einem gewissen Grade verstärkt werden. Die Choleravibrionen verschiedener Herkunft sind im Stande, Thiere gegen wechselseitige Infection zu immunisiren. Die Immunität gegen Cholera ist specifisch. Eine Behandlung der Thiere mit Serum und Milch immuner Thiere ist nur im Verlauf der ersten Stunde nach stattgehabter Infection möglich, d. h. in der Incubationsperide. Die Choleravibriomen gehen im Körper immuner Thiere durch ein Ferment zu Grunde, das von den mononucleären, polynucleären und pseudoeosinophilen Leucocyten geliefert wird. Immunisirung der Menschen gegen Cholera ist, wenn überhaupt möglich, nur durch Einführung immunisirender Substanz in den Magen denkbar.

W. J. Ssewerin: «Zur Casuistik der acuten Darmocclusion». (Nr. 3.)

Mittheilung eines Falles (45-jährige Frau), bei dem nach erfolgloser Anwendung aller bekannter Mittel am 10. Tage nach Beginn der Erkrankung durch wiederholte Faradisation (Kathode im Rectum, Anode labil auf den Bauchdecken, 5—10 Minuten Dauer) reichlicher Stuhl und sofortiges Nachlassen aller Symptome erzielt wurde.

A. M. Wulff: «Ein Fall von abscessus subphrenicus». (Nr. 5.)

Der 27-jährige Patient wurde aufgenommen am 4. Oct. 1892 mit Klagen über heftige Schmerzen in der Milzgegend, Fieber, Uebelkeit. 8 Tage vordem war er aus einem Hospital entlassen, wo er nach seiner Angabe Abdominaltyphus durchgemacht hat. Status: allg. Schwäche, Blässe, Temp. erhöht. Dämpfung links vorn von der 7. Rippe beginnend, in die Milzdämpfung übergehend, hinten bis zum Scapularwinkel hinaufreichend. Im Dämpfungsbezirk ist abgeschwächtes Vesiculärathmen hörbar. Fremitus pector. abgeschwächt. Milz palpabel. Herz und Leber normal. Beim Liegen trat in den folgenden Tagen tympanischer Schall an Stelle der vorderen Dämpfung auf und bei Punction des IX linken Intercostalraumes wurde flockiger, übelriechender Eiter gewonnen. Am 2. October entschloss man sich wegen zunehmender Schwäche des Pat. zur partiellen Resection der X. Rippe zw. Scapular- und hinterer Axillarlinie, wobei eine grosse Menge flockigen, stinkenden Eiters entleert wurde, in dem sich Blutgerinnsel und Stücke Milzgewebe fanden. Darnach trat Besserung aller Symptome ein. Die Wunde granulirte gut, secernirte wenig. Die Temp. war die ganze Zeit mässig erhöht. Am 15. December erkrankte Pat. plötzlich an fibrinöser Pneumonie und starb unter zunehmender Herzschwäche am 20. Dec. Bei der Section wurde ausser chron. Endocarditis der Mitralis, ac. rechtsseitige Pleuritis und Hepatisation der Lungen, zwischen der von festen Verwachsungen umgebenen Milz und Zwerchfell eine kleine granulirende Wundhöhle constatirt, die mit der Wunde communicirte. Im vorderen Abschnitt der Milz fanden sich noch 2 Abscesse.

Weyert.

Довв. ценз. Спб. 7 Мая 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



ŔUSSISCHE MÉDICINISCHE LITERATUŔ.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

V. Congress russischer Aerzte.

Section für Dermatologie.

(Originalbericht).

I. Sitzung am 29. December 1893.

Präsident Prof. M. P. Stukowenkow.

I. Prof. Stukowenkow: «Das idiopathische multiple Pigmentsarkom der Haut».

Kaposi unterscheidet 3 Arten von Hautsarkom: 1) das multiple Pigmentsarkom 2) das wahre Melanosarkom, welches oft mit einem naevus beginnt und sich über die ganze Haut und die inneren Organe ausbreitet und 3) das Sarkom, das in Form von kleinen, flachen, rothen Flecken am Rumpfe und an den Extremitäten beginnt; dasselbe ist seltener als die beiden ersten und weicht der Therapie durch Arsenik. Nach Kaposi treten die Flecken am häufigsten zuerst an der Dorsal- oder Plantarseite des Fusses auf und greifen von hier auf Unter- und Oberschenkel über, oder sie erscheinen zuerst an den Händen und befallen darauf die Unterarme etc.; im Laufe von 2—3 Jahren verbreitet sich die Krankheit über den Rumpf und das Gesicht. Aus den Flecken entstehen dunkelrothe Knötchen, die bis bohnengross werden, bisweilen confluiren und handflächengrosse Infiltrate bilden können. Hände und Füsse sind verdickt, äusserst schmerzhaft; die Kranken können weder gehen noch arbeiten. Allmählich werden die Knoten kleiner, die Epidermis schrumpft oder wird resorbirt, indem eine Narbe oder eine Delle zurückbleibt. Selten wird eine Ulceration von Knoten unter Fieber und mit letalem Ausgang beobachtet. Vortr. beobachtete 5 Fälle dieser Sarkomart. Aus den ausführlichen Krankengeschichten dieser Fälle ersieht man eine vollkommene Congruenz mit dem von Kaposi beschriebenen Krankheitsbilde. Das Alter der Patienten war: 12, 24, 49, 49 und 55 J. Vortr. weist darauf hin, dass das Auftreten von rothen Flecken der Entwickelung der Knoten voraufging, dass vor Entstehung der Geschwulst ein Oedem ohne Veränderung der Hautfarbe bemerkt wurde. Das Infiltrat war nicht solid, bei Druck auf dasselbe blieben Grübchen zurück. Unter der Massage schwand das Infiltrat und die Haut wurde blasser, was zu Gunsten eines lymphatischen Oedems spricht. Bei der von Prof. Pawlowsky ausgeführten mikroskopischen Untersuchung erwies sich das Gewebe als arm an Blutgefässen und reich an Lymphgefässen und Lymphspalten.

Discussion: Prof. Gay bemerkte, dass, obwohl Stukowenkow allerdings zuerst (in Russland) diese Erkrankung beschreibt, dennoch solche Fälle auch von anderen Autoren beobachtet wurden, er selbst habe einen solchen Kranken in Kasan beobachtet.

Dr. O. Petersen wies auf die Gefahr der Massage bei maligner Neubildung hin.

Prof. Polotebnow sagte, dass die Erkrankung nicht nur von den Händen oder Füssen, sondern auch von anderen Körperstellen aus ihren Anfang nehmen könne, wie er es selbst beobachtet hat.

2. Dr. F. Semenow: «Sarcomatosis cutis (sarcoma cutis multiplex)».

Vortr. demonstrirte Präparate und Moulagen, betonte die Seltenheit dieser Krankheit und den Umstand, dass eine Differentialdiagnose zwischen derselben und der mucosis fungoides auf Grund einer histologischen Untersuchung der Geschwulst möglich sei. Die Erkrankung beginnt mit dem Auftreten von rothen Flecken, meist am Rumpfe, nach deren Verschwinden Tumoren sich entwickeln, die von einander durch Partien gesunder Haut abgegrenzt sind. Das Wachsthum der Tumoren ist rapid und die Zahl derselben erreicht oft Tausend. Die darüber liegende Haut nimmt erst einen rothen darauf einen violetten Farbenton an und lässt die Gefässe durchschimmern. Allmählig exulceriren die Tumoren und die Kranken gehen an Autointoxication und Cachexie zu Grunde. Die Erkrankung kann alle Altersklassen befallen: sie wurde bei einem 2-monatlichen Kinde und einem 70-jährigen Greise beobachtet. Der Pat. (24 a. n.), den Vortr. beobachtete, trat in die Klinik von Prof. Polotebnow am 4. Nowember 1892 ein und wies 348 Tumoren an seinem Körper auf. Die mikroskopische Untersuchung eines bei Lebzeiten excidirten Tumors ergab ein sarcoma fusocellulare. Der exitus letalis erfolgte am 13. Dec. 1892. Bei der Obduction fand man eine Menge kleiner Tumoren in den inneren Organen und im Knochenmark der beiden Oberschenkel.

3. P. P. Abramowitsch demonstrirte 2 Fälle von lepra nervosa.

Die Veränderungen des Hautpigments waren bei beiden Pat. gleich. Die Atrophien und Mutilationen bei dem einen, einem 25-jährigen Manne weiter vorgeschritten als bei dem andern. Die Mutter des ersten Pat. und deren Cousine leiden an Lepra; der Pat. soll nach Angabe seines Vaters schon bei seiner Geburt Flecken aufgewiesen haben, die den gegenwärtig bestehenden ähnlich waren. (?) Der 2. Pat. 30 a. n. verheirathet, ist seit 5 Jahren krank, hat ein Kind von 5 Jahren, das 2. Kind starb im 8. Monat. Der Pat. stammt aus dem Jamburgschen Kreise, in seinem Heimatsdorfe sind aber nie Lepröse gewesen. In der Polotebnowschen Klinik werden die Leprösen nicht isolirt, da P. die Lepra nicht für contagiös hält. Die Therapie besteht in sorgfältiger Pflege und Heilung der Ulcerationen.

II. Sitzung am 30. December 1893.

Präsident Prof. A. Gay.

1) F. Semenow stellte einen Kranken mit mycosis fungoïdes in stadio lichinoide vor.

Nach eingehender Besprechung der Krankeit und Schilderung der 3 Perioden in ihrem Verlauf ging Vortr. zur Beschreibung des Pat. über, der 16. October 1892 in die Polotebnowsche Klinik eingetreten war. Die Erkrankung begann im Jahre 1889 mit heftigem Jucken und Abschuppung der Haut der Extremitäten. Darauf traten Verdickungen der Haut und Flecken mit Exsudation auf. Beim Eintritt des Pat. in die Klinik erstreckte sich die Erkrankung auf Hals, Rumpf und — Extremitäten; die Augenbrauen waren ganz geschwunden, das Haupthaar fast ganz und der Schnurrbart zum Theil. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Papillarschicht von kleinen, den einkernigen Leukocyten ähnlichen Rundzellen infiltrirt. Das Infiltrat gruppirte sich in der Haut hauptsächlich um die Schweissdrüsen. Die Blutgefässe waren erweitert, die Zahl der weissen Blutkörperchen war nicht vermehrt. Vortr. nimmt einen parasitären Ursprung der Erkrankung an.

Discussion. Dr. Stürmer wies auf die Arbeiten der englischen Autoren über die Parasiten der mucosis fungoides hin. Dr. Lanz ist geneigt die Krankheit für ein eczema universale oder dermatite exfoliative généralisée der Franzosen zu halten.

2) Prof. Stukowenkow: «Zur Behandlung des Rhinoscleroms».

Nach einem Hinweis auf die Erfolglosigkeit der chirurgischen Therapie und der von Lang empfohlenen subcutanen Injectionen von 1—3 pCt. Carbolsäurelösungen, theilte Vortr. einen Fall mit, in dem er locale Injectionen von Fowler'scher Lösung angewandt. Pat. 21 a. n., Bauer, war am 21. Februar 1892 in die Klinik eingetreten. Die Geschwulst war vor 3 Jahren vom rechten Nasenloch ausgegangen und hatte darauf das linke Nasenloch befallen, trotzdem sie rechts extirpirt worden war. Im Laufe von 3 Jahren war Pat. ohne Behandlung geblieben. Am 21. Februar 1892 wurde mit den Injectionen von Sol. Fowleri (1 : 100) begonnen. Nach 4 Injectionen wurde die Lösung auf 4 : 100 verstärkt, nach 7 — 8 : 100, nach 12 — 12 : 100. Anfangs wurde 1,0 der Flüssigkeit injicirt, von der 9. Injection an je 4,0. Die Injectionen wurden täglich an 4—6 verschiedenen Stellen vorgenommen, zuerst nur in die oberflächlichsten, darauf in die tiefer gelegenen Theile und waren sehr schmerzhaft. Nach der 8. Injection trat Besserung — Verkleinerung der Knoten ein, nach der 23. atrophirten die Knoten und nach der 45. verschwanden dieselben. Im Laufe von 15 Monaten waren 222 Injectionen gemacht worden. Ausser einer Verdickung der Nasenspitze war die Heilung eine vollkommene; ein halbes Jahr nach der Entlassung war der Gesundheitszustand des Pat. ein guter.



3. P. W. Nikolski: «Das chronische Eczem in seiner Beziehung zur Anästhesie der Haut».

Vortr. betonte den innigen Zusammenhang zwischen Haut und Nervensystem und sagte, die Haut schütze den Körper vor äusseren Einflüssen nicht nur als derbes Horngewebe, sondern auch vermöge der ihr innewohnenden Sensibilität. Als Sinnesorgan muss die Haut trophische Centren haben, die entweder in den Hinterhörnern der grauen Substanz oder in den Intervertebralganglien zu suchen sind. Trophische Störungen werden gleichzeitig mit Anästhesie beobachtet. Der Connex der trophischen Centren und Nerven der Haut mit deren sensiblen Nerven ist für die Pathologie der Haut von Wichtigkeit, weshalb die Untersuchung der Sensibilität bei Erkrankungen der Haut durchaus erforderlich ist. Im Jahre 1887 beobachtete Vortr. ein chronisches Eczem der Handflächen bei gleichzeitig bestehender Analgesie, Thermanästhesie und leichter Herabsetzung der Tastempfindung an den oberen Extremitäten. Im ganzen theilte Vortr. 12 Fälle von chronischem Eczem verbunden mit Anästhesie der Haut mit (9 Männer und 3 Frauen). Das Alter der Kranken war von 22—54 J., die Beschäftigung derselben eine ganz verschiedene. Die Dauer des Eczems schwankte zwischen 1 Jahr — 19 Jahren und betrug im Mittel 5 Jahre. Vorzugsweise wurden die Hände (11 Fälle) befallen. In 6 Fällen blieb das Eczem auf die Hände beschränkt; in den übrigen griff es auf andere Körpertheile über und zwar am häufigsten auf die Vorderarme, seltener auf die unteren Extremitäten und nur in einem Falle auf Gesicht und Hals. 8 mal wurde das Eczem am Handrücken und 3 mal an den Handflächen beobachtet. Gewöhnlich trat das Eczem symmetrisch auf. Bisweilen zeichnete sich die befallene Hautpartie durch erhöhte Reizbarkeit aus. In einem Falle bestand nervöses Herzklopfen in einem anderen Atonie des Darms. Von anderen Symptomen wurden beobachtet: leichte Ermüdung bei geistiger Beschäftigung, allgemeine Reizbarkeit, Neigung zum Weinen, Kopfschmerzen, reissende Schmerzen in den Beinen, Parästhesieen. 2 Pat. klagten über erhöhte sexuelle Erregbarkeit, zuweilen bei psychischer Impotenz. Die Motilität war bald erhöht (Zuckungen), bald herabgesetzt. Bei allen Patienten bestand Anästhesie und zwar am häufigsten an den oberen Extremitäten, zuweilen aber auch am ganzen Körper. Meist fanden sich bestimmte anästhetische Bezirke. In Bezug auf die Qualität wurde sowohl Herabsetzung der Schmerzempfindung als Herabsetzung aller anderen Qualitäten in verschiedenem Maasse beobachtet. Die Dauer der Anästhesie betrug 5 Wochen bis 3 Jahren. Meistentheils localisirte sich das Eczem an den anästhetischen Hautstellen, es trat aber auch an Hautstellen mit normaler Sensibilität auf. Das Eczem war typisch. In allen Fällen glich die Anästhesie in Localisation und Qualität der bei der Hysterie bestehenden. In 2 Fällen schwankte die Diagnose zwischen Hysterie und Gliomatose. Nachdem Vortr. die Möglichkeit einer zufälligen Coincidenz des Eczems mit der Hysterie, sowie die Möglichkeit einer Entstehung des Eczems in Folge von hysterischer Anästhesie von der Hand gewiesen, sprach er sich zu Gunsten der Ansicht Charcot's aus, dass das Eczem eins von den Symptomen der Hysterie sei, wobei er namentlich die Aehnlichkeit zwischen dem Verlauf der Hysterie und dem des chronischen Eczems und das gleichzeitige Verschwinden des Eczems und der Hysterie hervorhob. Obwohl nun das Eczem an den anästhetischen Hautstellen sich spontan entwickeln kann, so haben doch äussere Einflüsse eine Bedeutung.

4) P. P. Abramytschew: «Die Katarrhe der Haut, ihre Aetiologie und Therapie».

Vortr. berichtete über mehrere interessante Krankengeschichten: 1) Eine Frau, 30 a. n. litt 13 Jahre lang an einem Eczem, das keiner Therapie wich. Als eine Wanderniere constatirt wurde und die Niere durch eine Bandage fixirt wurde, schwand das Eczem. Sobald Pat. die Bandage ablegte, trat das Eczem von neuem auf. 2) Ein Pat., der 6 Jahre hindurch an Eczem gelitten, wurde geheilt, sobald der Bandwurm vertrieben war. 3 und 4) Auftreten von Eczem in Folge von heftiger psychischer Erregung. In der Klinik von Prof. Polotebnow werden die Eczeme eingetheilt in: locale, reflectorische, centrale und parasitäre. Die Therapie hat sich folglich der Aetiologie zu adaptiren. Die Intensität der Krankheit hängt ab von der Intensität des ätiologischen Moments, aber das betreffende Moment kann nur unter gewissen Bedingungen zur Entstehung eines Eczems führen: es muss eine gewisse Erregbarkeit der vasomotorischen Centren durch physische und psychische Reize bestehen. Die Schwierigkeit der Behandlung wird daher von der Gewalt der Einwirkung der erwähnten causalen Momente abhängen.

5) P. W. Nikolski theilte einen Fall von «pemphigus foliaceus Cazenave» mit, dessen charakteristisches Merkmal in der Bildung von kleinen Bläschen mit welker Hautbedeckung besteht. Die Epidermis der befallenen Partien egenerirt nicht. Die Patientin (44 a. n.) des Vortr. erkrankte vor 2 Jahren mit Jucken und einem Ausschlag am Rücken, unter Fieber. Der Ausschlag verbreitete sich sehr bald über den ganzen Körper mit Ausnahme der Handflächen und Fusssohlen und hielt sich 1½ Jahre lang unverändert. Nach einem Abdominaltyphus verschwand die Efflorescenz bis auf die Unterschenkel, wo sie weiter bestehen blieb. 4 Mon. später breitete sich der Process wieder über den ganzen Körper aus mit Ausnahme der Handflächen und Fusssohlen. Die Pat. hält Erkältung und nervöse Aufregung für die Ursache der Erkrankung. Bei ihrem Eintritt in die Klinik war die ganze Haut mit einer Efflorescenz bedeckt, die in Form von Inseln, die von normaler Haut umgeben waren, auftrat. Bei genauerer Betrachturg findet man röthliche Bläschen, 1,5—2,0 mm. im Durchmesser, mit wässrigem Inhalt, welker Decke und glattem röthlichen Boden. Zuweilen stehen die Bläschen direct, meist confluiren sie aber. Das Krankheitsbild ist sehr wechselvoll. Auf dem linken Vorderarm wurden Compressen mit einer Silbernitratlösung (gr. I : ℥VI) applicirt. Darauf traten die Bläschen in geringerer Zahl auf, und die Epidermis wurde derber. Bald erfolgte aber wieder Hautjucken, eine neue Bläscheneruption und die Epidermis wurde wieder locker. Die Haut der Handflächen und Fusssohlen blieb immer intact. Nur nach einem zufälligen Trauma an der linken Handfläche liess sich daselbst ein kreisrundes Stück Epidermis von 2 Cm. im Durchmesser abheben und auch die angrenzende Epidermis war gelockert. Somit war: 1) an der ganzen Haut der Zusammenhang zwischen Epidermis und stratum Malpighii aufgehoben (auch dort, wo nie Bläschen aufgetreten waren) 2) bestand die Verschlimmerung des Leidens weniger in einer neuen Bläscheneruption als in einer Lockerung des Zusammenhangs der Hautschichten 3) hing diese Lockerung nicht von einer Ansammlung von Flüssigkeit ab; Vortr. hält vielmehr im Gegentheil ersteren Vorgang für den primären — im Gegensatz zu anderen Autoren — und erklärt ihn durch eine Ernährungsstörung der Epithelzellen. Sich auf die Anamnese stützend nimmt Vortr. eine Abhängigkeit zwischen der ausserordentlich heftigen psychischen Erregung und der Entwickelung der Ernährungsstörung des Epithels an. als deren Resultat die Lockerung des Zusammenhangs zwischen Epidermis und str. Malpighii zu betrachten ist.

III. Sitzung am 2. Januar 1894.

Präsident P. W. Nikolski.

1. J. Selenew: «Die Psoriasis und ihre Bedeutung vom Standpunkt der Tauglichkeit der Psoriatiker zum Militärdienst».

Vortr. bekämpfte die Ansicht Hebras, dass die Psoriasis eine leichte Erkrankung sei und wies auf die hochgradige Störung der Ernährung, der Blutbildung und des Nervensystems hin. In Russland war hauptsächlich Polotebnow für den nervösen Ursprung der Psoriasis eingetreten. Vortr. erkennt die parasitäre Theorie nicht an, da sehr oft gar keine Parasiten bei der Psoriasis gefunden werden, oder aber solche, die auch bei anderen Hautkrankheiten vorkommen. Besonders deutlich tritt der Einfluss psychischer Erregung auf die Entwickelung der Psoriasis bei den Soldaten zu Tage: beim Dienstantritt erscheint die Krankheit entweder zum ersten Mal oder es entwickelt sich aus 1—2 seit der Kindheit bestehenden Knötchen eine allgemeine Psoriasis. Vortr. beobachtete im Kiewschen Militärhospital von 1887—1893 130 Fälle von Psoriasis. Nach dem Alter waren die Pat. folgendermassen vertheilt: 21 J. — 45 Pat.; 22 J. — 22 Pat.; v. 23 J. — 30 Pat.; 24 J. — 18 Pat. Die Zahl der im Laufe eines Jahres im Hospital verbrachten Verpflegungstage betrug:

5—10	Tage	4	Mann.	60—70	Tage	10	Mann.
10—20	»	9	»	70—80	»	7	»
20—30	»	9	»	80—90	»	12	»
30—40	»	11	»	90—100	»	3	»
40—50	»	23	»	100—300	»	28	»
50—60	»	14	»				

Da aber die ersten 4 Gruppen vorzugsweise aus Leuten bestehen, die nur zur Prüfung ihres Gesundheitszustandes ins Hospital aufgenommen worden waren, so erweist sich nach Abzug dieser Gruppen, wenn man die übrigen nach dem Erfolg der Therapie betrachtet, dass das Hauptcontignent Leute ausmachen, die 100—300 Tage im Hospital verbrachten. Berechnet man das arithmetische Mittel für jedes einzelne Jahr, so erhält man als durchschnittliche Verpflegungsdauer für jeden einzelnen Pat. im Hospital 67—68 Tage. Auf Grund dieser Daten, betont Vortr. die Unzweckmässigkeit und den Nachtheil der Annahme von Psoriatikern in den Militärdienst.

Discussion. Prof. Polotebnow wies auf die Unzulänglichkeit der bestehenden Regeln über die Aufnahme von mit Hautkrankheiten behafteten Rekruten hin; die Psoriatiker dürften nicht bei den Truppentheilen belassen werden, da die Psoriasis keine für die Umgebung indifferente Erkrankung sei.

2) Prof. Polotebnow legte den Mitgliedern der Section folgende Fragen zur Begutachtung vor: 1) Ist eine Internirung der Leprösen durchaus erforderlich? 2) Soll dieselbe eine freiwillige oder erzwungene sein? 3) Genügt zur Gründung von Leproserien die private Wohlthätigkeit oder muss man sich an den Staat mit der Bitte um Unterstützung wenden?

An der Discussion betheiligten sich Prof. Polotebnow, DDr. O. Petersen, K. Strümer, Stukowenkow u. A. Der gemeinsame Beschluss der Section lautete: 1) Die Internirung der Leprösen ist durchaus nothwendig; 2) Es dürfen dabei keinerlei Zwangsmaassregeln angewandt werden; 3) Zur Gründung von Leproserien ist die Unterstützung von Seiten des Staates erforderlich.

Fr. Dörbeck.

Medicina № 1 – 13.

J. Jakub: «Zur Aetiologie und Behandlung der Inversio uteri. Statistik der Inversionen». (Nr. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Uterusinversion bei einer 68-jährigen Frau; als Ursache wurde ein submucöses Fibrom constatirt. Eingehende Bearbeitung der Literatur.

N. Golubow: «Ueber die verschiedenen Richtungen in der russischen klinischen Medicin». (NNr. 1—3.)

Kritik der Botkin'schen und Sacharin'schen Schulen, sehr subjectiv, im Sinne Sacharins und dessen Schule gehalten.

A. Podres: «Ueber in Vergessung gerathene Indication zur Dehnung der Nervenstämme». (Nr. 3 u. 4.)

Die von Nussbaum und Billroth vorgeschlagene Nervendehnung ist in neuerer Zeit in Vergessenheit gerathen worden, weil die Indicationen zur Dehnung bis jetzt nicht präcisirt worden sind und weil man sich von der Operation zu viel versprochen hat. Verf. beobachtete einen sehr interessanten Fall von Amputationsneurose (die Amputation war im oberen Drittel des Unterschenkels ausgeführt worden) bei einem 47-jährigen Herren. Die recht complicirte Neurose (starke Hyperaesthesie am Stumpf, ziehende Schmerzen, unangenehme Gefühle der entfernten Extremitätentheile, Schlaflosigkeit, Hallucinationen etc.) entwickelte sich im Verlauf einiger Jahre nach der Amputation. Es wurden verschiedene Mittel angewandt, sowohl innere, als auch chirurgische (Ausschneidung der Amputationsnarbe, Befreiung der eingeklemmten Nervenzweige etc.) doch brachten dieselben nicht den gewünschten Erfolg. Verf. entschloss sich zur blutigen Dehnung des ischiadicus. Dieser Nerv erwies sich bei der Operation eingehüllt in sclerosirtem Zellgewebe, so dass es sehr schwer war ihn zu isoliren. Schliesslich gelang es ihn in die Wunde zu ziehen und auf diese Weise stark zu dehnen. Bei der Zurücklagerung erwies sich der Nerv so stark gedehnt, dass er an seine ursprüngliche Stelle nicht mehr hineinpasste und Schlingen bildete. Nach der Operation schwanden allmählich alle Symptome der Amputationsneurose.

O. Pallop: «Klinische Untersuchungen über den Einfluss der künstlichen Mineralwässer Karlsbad's und Vichy's auf den Stoffwechsel des Stickstoffs». (Nr. 5.)

Zu den Untersuchungen wurde bei 5 Patienten Karlsbader Mühlbrunnen, bei anderen 5 Patienten Vichy-Grande Grille angewandt. Die betreffenden künstlichen Mineralwässer wurden aus Petersburg (O. Bitschunski) bezogen. Es ergab sich, dass die Wirkungen der künstlichen Wässer ganz analog der der natürlichen Mineralwässer sind. Die beigefügten Tabellen lassen folgende Schlussfolgerungen zu. 1) Die Harnmenge nimmt bei Gebrauch der Mineralwässer in allen Fällen zu (Minimum 36 Ccm., Maximum 820 Ccm.) 2) Die durch den Harn und Faeces ausgeschiedene Stickstoffmenge war bei Gebrauch der oben genannten Mineralwässer vermehrt. 3) Auch wurde mehr Harnstoff ausgeschieden (entgegen der von Seegen vertretenen Meinung, dass Karlsbad die Harnstoffmenge verringert). 4) Die Menge der Extractivsstoffe im Harn nimmt erheblich ab. 5) Die Resorption des N. wird verringert. 6) Der allgemeine Stoffwechsel beschleunigt.

Sheljesnjakow: «Ueber den Einfluss der künstlichen Mineralwässer Vichy's auf Ausscheidung von Harnsäure, Phosphaten und Chloriden». (Nr. 7.)

Die Untersuchungen wurden an Kranken der Jurjew'schen (Dorpat) Klinik angestellt. Es ergab sich, dass unter dem Einflusse dieser künstlichen Wässer die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure fast um die Hälfte geringer wird. (Ueber Phosphate und Chloride findet sich in der Arbeit nicht einmal eine Andeutung. Anm. des Ref.)

M. Halberstamm: «Die kaukasischen Mineralbäder im Jahre 1893». (Nr. 7.)

E. Kanel: «Ein Fall von diaphragmalem Pyothorax». (Nr. 8.)

Die Diagnose wurde zu Lebzeiten des Patienten gestellt. Es bestanden: Cyanose, Kurzathmigkeit, abgeschwächtes Athmen rechts hinten und gedämpfter Percussionsschall, spastische Contractionen des Zwerchfells. Die Thoracotomie entdeckte nicht den Eiterheerd, wohl aber wurde derselbe bei der Section ermittelt.

S. M. Wassiljew: «Bericht über die Thätigkeit der medicinischen Klinik der Kaiserlichen Universität Jurjew, für das Jahr 1892/93.» (Nr. 8.)

Der grösste Theil des Berichtes ist im vorigen Jahrgange des Journals publicirt worden.*)

---

*) In diesem Schlussartikel fühlt sich Verf. auf Grund der in den letzten Jahren für die interne Klinik ausgeschriebenen und verbrauchten Medicamente berechtigt an der von seinen Vorgängern geübten Lehrthätigkeit an der medicinischen Klinik Kritik zu üben. Es liegt durchaus nicht in unserer Absicht, solche anerkannt tüchtige Lehrkräfte, wie Vogel, Hoffmann, Weil, Schulze und Unverricht vor den Anfeindungen des Herrn Professor Wassiljew in Schutz zu nehmen, doch können wir nicht umhin einige Punkte hier hervorzuheben, um unseren Lesern mit der Art und Weise der Wassiljew'schen Kritikführung bekannt zu machen. Vor allem wundert sich Prof. Wassiljew, dass in den letzten Jahren nicht eine einzige Flasche der gebräuchlichsten Mineralwässer bei der Behandlung der Magen-, Leber- und Nierenkranken Verwendung gefunden hatte (!) «Wie konnte sich die Behandlung der grossen Anzahl von Magenkranken nur auf pharmaceutische Mittel beschränken? Auf welche Weise konnten die Zuhörer die Indicationen zur Anwendung der verschiedenen Quellen praktisch erlernen? Das Resultat einer solchen Ignoration der Balneotherapie machte sich beim Examen geltend, die Candidaten hatten keine Kenntnisse auf diesem wichtigen Gebiete der Therapie, die Behandlung der Erkrankungen der Bauchhöhlenorgane war für sie eine terra incognita».

Jeder, der das Glück gehabt hat an der Dorpater Schule die oben angeführten Kliniker zu hören und ihre Lehrthätigkeit zu verfolgen wird mit Entrüstung diesen Wassiljew'schen Vorwurf zurückweisen. Das Hoffmann'sche classische Werk über allgemeine Therapie giebt eins der beredsten Zeugnisse ab, in welch' methodischer Weise die Therapie den Dorpater Studenten vorgetragen wurde; in diesen Vorlesungen finden die Trink- und Badecuren bei den verschiedensten Krankheiten die eingehendste Berücksichtigung und, so weit es möglich ist, auch Indicationsstellung. Ebenso hob Professor Hoffmann auch bei seinen klinischen Krankenvorstellungen die Balneotherapie immer hervor, und wohl viele von seinen Schülern werden sich noch jetzt erinnern, wie sie bei Vorstellung ihrer Kranken grade auf die Trink- und Badecuren «gequetscht wurden». Mineralwässer wurden freilich den Patienten nicht verabfolgt; die Gründe sind auch leicht verständlich, da das natürliche Mineralwasser sehr theuer ist. Es geschieht dies auch nicht auf anderen medicinischen Kliniken, die über viel reichlichere Mittel verfügen; die Mineralwässer werden eben durch entsprechende Gemische von Salzen ersetzt.

Auch die Professoren Schulze und Unverricht versäumten nie bei ihren klinischen Krankenvorstellungen der Balneotherapie in entsprechender Weise Erwähnung zu thun, allerdings ohne dieselbe zu einem Steckenpferde zu erheben. Ihre Aufgabe als klinische Lehrer umfasste weitere Grenzen, als die Pharmakologie und Therapie zu interpretiren; sie suchten vor allen Dingen beim heranreifenden Arzte auch das Verständniss für die mannigfachen Krankheitsformen zu wecken und das Denkvermögen am Krankenbette zu entwickeln — sie lehrten die klinische Beobachtung, die, wie Unverricht sagt (Ueber therapeutische Strömungen in der inneren Medicin. Berlin 1889, p. 22) der behandelnde Arzt «als den Talisman in die Praxis nehmen darf, der ihm in allen Nöthen die richtigen Wege weist». In wie fesselnder Weise diese Lehrer ihrer Aufgabe nachzukommen wussten, davon zeugte jene dichtgedrängte Menge von Studenten aller Jahrgänge, die täglich an 200 bis 300 Mann stark den geistreichen Vorträgen ihres Lehrers folgten. Das aber ist unseres Erachtens nach ein besseres Testimonium für einen Kliniker, als der statistisch berechnete Verbrauch von Mineralwässern und Tincturen.

Als Beweis, mit welchem Skepticismus seine Vorgänger die Therapie abgehandelt haben, führt Professor Wassiljew als Factum (?!) an, dass jeder Patient bei seiner Aufnahme in's



A. Podres (Professor): «2 Fälle von tuberculöser perforativer Peritonitis». (NNr. 10 u. 11.)

1. 32-jähriger Schreiber. Die Erkrankung setzte acut unter Symptomen, die auf Appendicitis schliessen liessen ein; zunächst trat starke Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Blinddarms auf, Obstipation, Erbrechen, Fieber. Die Anschwellung des Leibes trat später hinzu, in der rechten Ileocoecalgegend Dämpfung, an den übrigen Regionen tympanitischer Schall. Es wurde die Laparotomie ausgeführt. Die einzelnen Darmschlingen erwiesen sich unter einander, theilweise auch mit der Bauchwand verwachsen, so dass ihre Trennung viele Schwierigkeiten bereitete; zwischen den Dünndarmschlingen fanden sich grössere und kleinere incapsulirte Tuberkel. Die stärksten Veränderungen waren am Blinddarm, dessen Zugang durch massenhafte Verwachsungen sehr erschwert war. Es bestand eine mit Eiter und Faecalien gefüllte Höhle, deren Boden die vordere Blinddarmwand bildete; nach Ausräumung der Höhle konnte man sich überzeugen, dass diese Stelle der Ausgangspunkt der perforativen Peritonitis gewesen sei, auf der ganzen Gegend waren tuberculöse Heerde, die theilweise bereits geschwürig zerfallen waren, zerstreut; mit dem scharfen Löffel wurden die Tuberkel entfernt, darauf Abreibung der afficirten Theile mit in 3 pCt. Carbolsäure befeuchteter Marly, Jodoform, Irrigation der Bauchhöhle mit 2 pCt. Borsäure, Bauchnaht; die Gegend des Blinddarmheerdes wurde drainirt. Nach der Operation — Sinken des Fiebers, Euphorie. — Nach 2 Wochen sammelte sich wieder Eiter und Faecalien in der Gegend des Coecums an; die Bauchhöhle wurde wieder eröffnet, Schnitt längs der Fossa iliaca dextra; es wurden neue fungöse Granulationen entdeckt und tiefe Geschwüre, von denen 2 die Darmwand perforirten; abermaliges Ausräumen der tuberculösen Massen, beide Perforationsstellen durch Lembert'sche Nähte geschlossen. Nach 2 Monaten konnte Patient als vollständig geheilt entlassen werden. Es sind jetzt 2 Jahre nach der Operation verflossen, die Heilung somit eine dauernde geblieben.

2) 47-jährige Frau mit chronisch verlaufender Peritonitis. Auch hier erwiesen sich bei der Laparotomie die Dünndarmschlingen mit einander verwachsen; dabei waren sowohl das Peritoneum viscerale, als auch das P. parietale mit miliaren Tuberkeln durchweg besät, in einzelnen Regionen bildeten diese Tuberkel grosse Heerde; auch zwischen den Darmschlingen fanden sich Käseknötchen; in der Bauchhöhle — freies Exsudat (1 Liter). Nach der Operation erholte sich Patientin rasch, die Wunde heilte gut, jedoch nach 2 Wochen traten wieder Schmerzen und Fieber auf, in der Gegend des Nabels brach ein Abscess durch, wobei neben dem Eiter auch Faecalmassen entleert wurden. — Exitus lethalis.

A. Ssmakowski: «Die algide Cholera und deren Behandlung». (Nr. 11.)

Verf. stellt eine besondere Form der Cholera — die algide Cholera auf, — im Gegensatz zur asphyktischen Cholera, bei der der algide Zustand nur als vorübergehendes Stadium der Krankheit beobachtet wird. Zur Beurtheilung der Wirkung verschiedener therapeutischer Maassnahmen sei diese Classification durchaus nothwendig. Bei der algiden Cholera hat S. ausgezeichnete Resultate von der Anwendung prolongirter, heisser Bäder gesehen, die Hypodermoclyse blieb ganz resultatlos, auch die Cantani'schen Enteroclysmen waren von keinem grossen Nutzen.

A. Zechanowitsch: «Ein Fall von einseitigem Schwitzen bei einem Tuberculösen». (Nr. 11.)

Der Schweiss trat häufig auf der rechten Gesichtsseite, namauf der rechten Stirn auf, dagegen blieb die linke Seite trocken. Interessant ist, dass auch der tuberculöse Process sich in der rechten Lunge abspielte, und die tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfes zunächst auf der rechten Seite auftrat.

S. Rawnitzki: «Acutes Oedem des Halszellgewebes nach Anwendung von Blutegeln». (Nr. 13.)

Ein Patient, der an otitis media chronica und starken Kopfschmerzen litt, liess sich auf Anrathen einer Kurpfuscherin 4 Blutegel unter dem linken Ohr ansetzen. Die Blutegel waren direct einem sumpfigen Bache entnommen und ungereinigt applicirt worden. Bald darauf trat hohes Fieber und starkes Oedem der Halsgegend auf. Nach 2 Tagen — Exitus lethalis.

Abelmann.

Hospital, gleichviel an welcher Erkrankung er auch laborirte, Tinctura chinae comp. oder Tinct. amara bekam, während Tinctura Coto und Tinctura Eucalypti gar nicht zur Verwendung kamen (sic!!).

Die Beurtheilung dieser Ausführung müssen wir dem Leser überlassen. (Anm. des Ref.)

Westnik oftalmologii. Januar — April 1894.

Professor A. Chodin: «Zur Frage der spontanen recidivirenden Blutungen in den Glaskörper, und über die Bildung von festem Bindegewebe im Glaskörper und der Netzhaut».

Da der Schluss des Artikels noch nicht vorliegt, wird das Referat mit dem des nächsten Heftes geliefert werden.

I. N. Kazaurow: «Adonidin als Anaestheticum am Auge».

Veranlasst durch Rommel's Mittheilung im 39. Bande des Graefeschen Archives, unternahm K Controllversuche. Er benutzte ein Merck'sches Originalpräparat.

Amorpher gelber Körper, in Wasser leicht löslich, angenehmer Geruch. Die durch Aufkochen sterilisirte Lösung, wird nach etwa 1½ Wochen etwas kleisterig. Steinader behauptet, dass reines Adonidin geruch- und farblos sein müsse.

Kazaurow's Resultate sind andere als die Rommel's. K. wirft die Frage auf, ob dieses nicht am Präparate gelegen hat?

Eine 4 pCt. Lösung ruft erst nach ½—¾ Stunden Unempfindlichkeit hervor. Die Reizerscheinungen sind beträchtlich. Accomodation und Augendruck werden nicht beeinflusst.

Kazaurow meint, es sei in der Augenpraxis nicht brauchbar. Er versuchte es an 8 Personen. An normalen Augen in 6 Fällen. 1 Leucoma adhaerens sollte tätowirt werden; eine Stunde vor der Operation 4 pCt. Adonidin. Keine Wirkung, aber Reizung des Auges. Es musste schliesslich doch cocainisirt werden. Ein an Glaucoma erblindetes Auge erhält ¼ Stunde vor der Operation Adonidin, das andere Auge wird cocainisirt. Beiderseits Sclerotomie. Am Auge, welches Adonidin erhalten, war die Operation schmerzhaft, am anderen schmerzlos.

J. Debagori-Mokriewitsch in Bender: «Vergleiche in der Wirkung des Sublimates, des Jodquecksilbers und des schwefelsauren Kupfers bei der Behandlung des Trachoms».

An dem grossen Materiale einer Militärstation für Trachomkranke wurden die Beobachtungen gemacht. Das Hydrargyrum bijodatum zieht er dem Sublimat vor, weil auch in stärkerer Lösung weniger reizend. Beide Mittel leisten in der Trachombehandlung sehr wenig. Der Kupferstift ist das beste medicamentöse Mittel.

S. Scher in Simferopol: «Ein Fall von Arteria Hyaloidea persistens».

S. N. Lojetschnikow. Wendet sich in einer «Literaturergänzung» gegen Knie's «Neue Methode der Glaucombehandlung». (Bericht der 23. Versammlung der Ophthalm. Gesellschaft zu Heidelberg).

L. verweist auf seine Arbeit: «Zur Indication der Iridectomie und Sclerotomie beim Glaucom». (Westnik Oftalmologii 1870, sind referirt im Michel's Jahresbericht. Diese Arbeit ist auch in dieser Beilage referirt worden. Hiernach kann Knies allerdings nicht behaupten, er habe eine neue Methode angegeben.

L. Luzenko. Wendet sich in einem polemischen Artikel gegen Dr. Schtschepotjew.

Letzterer hatte die Dissertation Luzenko's: «Zur Lehre über die Nachtblindheit» im Decemberhefte des «Westnik Oftalmologii» referirt und kritisirt. Wir müssen im vorliegenden Falle Luzenko Recht geben.

Dr. Th. v. Schroeder: «Ueber die Resultate der operativen Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Extraction der Linse».

Vortrag, gehalten auf der III. Sitzung der Section für Augenkrankheiten bei Gelegenheit des V. Congresses russischer Aerzte zu St. Petersburg, 30. December 1893.

Wurde bereits in Nr. 3 dieser Beilage, Seite 14 und 15, referirt.

Dr. Garnier in Odessa: «Ueber die Excavationen des Sehnerven».

Der Ansicht, dass nur die bei Glaucom zu beobachtende Excavation des Sehnerven pathologisch, alle anderen Excavationen aber zufällige oder physiologische seien, trat bekanntlich W. Schön entgegen. Er versuchte zu beweisen, dass die sogenannte physiologische Excavation keine

normale Erscheinung sei, sondern eine Folge zu grosser und andauernder Accomodationsanstrengung. Um diese Theorie Schön's zu prüfen, beobachtete Garnier zunächst die Form und Eigenthümlichkeiten von Excavationen in Augen deren Refraction genau bestimmt worden. Sein Material bildeten 2594 Augen Odessa'scher Schüler. Zweitens untersuchte Garnier mikroskopisch-anatomisch die Stelle des Sehnerveneintrittes an Längs- und Querschnitten, wobei die Verbindungen zwischen Sehnerv und Sklera, das Verhältniss der lamina cribrosa zur Sklera und Aderhaut, genauer beachtet wurden.

Unter den Myopen zeigten 30 pCt. eine Excavation.
Hyperpretropen 26 »
Emmetropen 24 »

Die tiefsten und ausgebreitetsten Excavationen fanden sich stets in kurzsichtigen Augen. Conus und Excavation combinirt, war stets ein Anzeichen für hohe Myopiegrade. Die Theorie Schön's verwirft Garnier. Der Scleralring, d. h. die Vereinigung der Duralscheide des Sehnerven mit der Sclera, soll eine Art Schutzapparat für den Sehnerven sein, und Letzteren gegen Schädigung durch Staphylombildung schützen. Die, meist Bekanntes bringenden, anatomischen Befunde müssen nachgelesen werden.

E. J. Tarnawski: «Ein Fall von Gumma der Sclera».

O. Orlowski: «Kurzer Bericht über die Augenkranken, welche sich im Jahre 1892 und 1893 im Landschaftshospital zu Michailowka im Poltawaschen Gouvernement, Kreis Krementschug, vorstellten».

1388 Patienten. 283 grössere Operationen, darunter 174 Extractionen und 56 Iridectomien. Die mechanische Behandlung des Trachoms wurde sehr ausgiebig, besonders vermittels des Ausdrückens geübt — 320 Fälle.

M. J. Reich in Charkow: «Eine Pincette zur Ectropionirung und Fixation der oberen Uebergangsfalte».

Eine Zeichnung fehlt, die Bezugsquelle ist auch nicht angegeben. Der Beschreibung nach, muss es eine der Demarre'schen sehr ähnliche Pincette sein. G—n.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. Januar – März 1894.

N. Usskow: «Bericht über die Thätigkeit d. pathol.-anatom. Kabinets d. Petersburger Marinehospitals in den Jahren 1886—1892».

In diesen 7 Jahren wurden 505 Sectionen ausgeführt; davon entfielen auf Tuberkulose 108 (104 Matrosen, 4 Rekruten). Meist waren es acute und subacute Fälle von Lungentuberkulose, die 14 Mal mit Pneumothorax complicirt waren. An Abdominaltyphus starben 71 Matrosen und 23 Rekruten (obgleich letztere nur den 6. Theil des Matrosenetats ausmachen). Von anderen Todesursachen mögen folgende angeführt sein: Pneumonia croup. 16 Matr., 5 Rekr.; Dysenterie 6 Matr., 1 Rekr.; Typhus exanthem. 1 Rekr.; Pyaemie 6 Matr., 3 Rekr.; Septicaemie 6 Matr.; Schädelbruch 3 Matr. Von interessanteren Fällen, die zur Section kamen, seien folgende kurz erwähnt:

a) Osteoid des Femur: Ende 1888 wurde dem 11 jährigen Pat. der linke Oberschenkel im oberen $^1/_3$ wegen einer vom condylus int. fem. ausgehenden Geschwulst amputirt, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Osteoid herausstellte. Im Sommer 1889 starb Pat. an einer Erkrankung der Lungen. Bei der am 4. Juli ausgeführten Section erwies sich die Lungenpleura besät von knorpelharten Knoten von Haselnuss bis Hühnereigrösse, die auch auf die Lungen übergingen und unter dem Mikroskop das typische Bild des Osteoid mit Riesenzellen zeigten. Der Femurstumpf selbst und die Amputationsnarbe waren recidivfrei.

b) Lymphosarkoma peritonei totalis. Der 28 j. Patient wurde mit einer Geschwulst in der linken fossa iliaca aufgenommen. Bei der Section erwies sich die circa 6 Pfund heller, seröser Flüssigkeit enthaltende Peritonealhöhle dicht besetzt von weissen, sehr weichen Knoten von Hanfkorn bis Hühnereigrösse. Das kleine Becken vollkommen ausgefüllt von diesen Knoten; das Diaphragma bretthart infiltrirt, circa 4 cm. dick. In der Leber fanden sich auch einige, im Centrum erweichte Knoten. Die extraperitonealen Organe alle normal.

c) Cholesteotoma cerebri. Der 50 j. Pat. starb 1 Monat nach der Aufnahme an Gangrän des rechten Fusses. Bei der Section des Gehirns wurde ein derber Tumor im vorderen Abschnitt beider Stirnlappen constatirt von 8 cm. Breite und 6$^1/_2$ cm. Höhe, der sich auf dem Durchschnitt als glattwandige, mit Cholestearinmassen gefüllte Höhle präsentirte. In der Umgebung fanden sich kleine, gleichartige Neubildungen, in der rechten unteren Stirnwindung ein Erweichungsheerd.

d) Eine seltene Anomalie wurde am Herz einer 34 j. Patientin beobachtet. Anstatt der Klappen fand sich am Ursprung der Pulmonalarterie eine Reihe starrer, durchlöcherter Septa und ausserdem Insufficienz und Stenose der Tricuspidalis. Intra vitam waren bloss im grossen Kreislauf Stauungserscheinungen aufgetreten.

e) Bei einer an Magenkrebs gestorbenen 68 j. Frau wurde eine Dermoidcyste von Gänseeigrösse im linken Ovarium gefunden, die ein Büschel dunkelbrauner Haare und 2 Zähne enthielt.

f) Die rechte V. iliaca eines an Gangrän des rechten Fusses (nach Typhus abdom.) gestorbenen 25 j. Matrosen war von lig. Pouparti aufwärts von einem Thrombus eingenommen, der theilweise erweicht war. Die Milz war mit dem Zwerchfell verlöthet und zwischen Zwerchfell und Pleura fand sich ein vollkommen abgekapselter Abscess, der offenbar von einem nach oben perforirten erweichten Milzinfarkt stammte. Die Leber beherbergte eine Echinococcusblase.

N. Archangelsky: «Das Petersburger Marinehospital I».

Kurze Beschreibung der hygienischen Verhältnisse.

L. Pawlowsky: «Ueber eine choleriforme Epidemie auf dem Kanonenboot «Tschernomorez» im August 1893».

Am 4. August begann während der Ueberfahrt von Batum nach Sewastopol eine Reihe von mehr oder weniger ausgesprochenen choleriformen Erkrankungen der Mannschaft, von der 5 im Sewastopoler Marinehospital untergebracht wurden, wo einer am fünften Tage verstarb. In seinen Ausleerungen wurden charakteristische Kommabacillen gefunden. 15 andere, leicht erkrankte Patienten verblieben auf dem Schiff und erholten sich in 2—3 Tagen. Bacteriologische Untersuchungen ihrer Ausleerungen wurden nicht angestellt. Batum war zu jener Zeit, wenigstens nach officiellen Angaben, cholerafrei, doch glaubt P. annehmen zu müssen, dass vielleicht unter der schwer controlirbaren Hafenbevölkerung einige Cholerafälle vorgekommen sein mögen.

A. Fadejew: «Zur Kasuistik der eitrigen Meningitis bei Pneumonia crouposa».

Den 26. Juni 1893 trat der 23 j. Matrose mit Klagen über Stiche in der rechten Seite und starken Husten ein. Vor drei Tagen war er mit Schüttelfrost erkrankt. Bei der Aufnahme wurde leichter Icterus und deutliche icterische Verfärbung der Scleren constatirt. Ueber den Lungen fand sich keine deutliche Dämpfung, das Athmen war überall scharf, in der rechten Axillargegend spärliche Krepitation. Temp. 38,7, Puls 70. Am folgenden Tage um 9 Uhr Morgens begann Pat. über Kopfschmerzen zu klagen und verfiel bald in soporösen Zustand. Es stellten sich zeitweise Zuckungen der Gesichts- und Armmuskeln und eine rechtsseitige Parese des facialis ein. Pupillen erweitert, reagiren träge. Von 12 Uhr Mittags nahmen die Zuckungen epileptiformen Character an, die Pupillen maximal erweitert, reactionslos, Puls 120, unregelmässig, Respir. 40. Patient bewusstlos. Den 28. Juni um 7$^1/_2$ Uhr früh erfolgte der Exitus. Bei der Section erwiesen sich pia und arachnoidea durchsetzt von dickem, grünlichem Eiter. Die Seitenventrikel enthielten trübe, eitrige Flüssigkeit Der rechte obere Lungenlappen befand sich im Zustand der rothen Hepatisation. Das Nierenparenchym war leicht getrübt. Die bacteriologische Untersuchung des Eiters ergab das Vorhandensein typischer Fränkel'scher Diplococcen, die sich auch in Schnitten durch die pia mater, besonders in der Umgebung der grösseren Gefässe fanden. In dem hepatisirten Lungenabschnitt und in den Nieren (im Lumen der kleinen Blutgefässe) waren sie weniger zahlreich anzutreffen.

P. Cholschewnikow: «Bericht über das anatomische Theater des Kronstädter Marinehospitals für das Jahr 1892». (Februar, März).

Zur Section kamen 562 Leichen (411 Männer, 126 Weiber, 25 Kinder), darunter 36 Pneumonie cat., 25 Pneumonie fibr. 65 ulceröse Lungentuberk., 43 chron. allg. Tuberkulose, 20 Typhus abdom., 15 Cholera asiat, etc. Von interessanten Fällen seien einige hier kurz erwähnt:

a) Bei einem 50-jährigen Patienten, der 9 Std. nach der Aufnahme verstorben war, wurde im vorderen Abschnitt der



linken Temporalfurche eine der Dura aufsitzende, harte, höckrige Geschwulst von Wallnussgrösse gefunden, die sich in den linken Schläfenlappen vordrängte und sich als Psammom erwies.

b) Ein 24-jähriger Soldat war unter den Symptomen des Tumor cerebri nach 4 monatlichem Hospitalaufenthalt gestorben. Die Hirnventrikel erwiesen sich stark erweitert durch hydrocephalische Flüssigkeit, der IV. Ventrikel vollkommen ausgefüllt von einer weichen, hirnmarkähnlichen Geschwulst von reichlich Wallnussgrösse, die vom Ependym des IV. Ventrikels ausging. Auf dem Durchschnitt war die Geschwulst von hellrosa Farbe, stark vaskularisirt, von hämorrhagischen Heerden durchsetzt. Die mikrosk. Untersuchung ergab teleangiektatisches Rundzellengliom.

c) Bei einem 23jährigen Matrosen, der durch Sturz aus einer Höhe von mehreren Faden verunglückte und sofort verstarb, konnte folgendes constatirt werden. Allgemeine Anämie. Komplicirter Bruch des rechten femur. Ueber die rechte Submaxillargegend, die rechte Halsseite und die ganze rechte Brusthälfte ausgedehnte Suffusionen. Die rechten oberen 6 Rippen und linken oberen 3 Rippen mehrfach fracturirt mit Einreissung der Pleura. 10 Ctm. langer Riss der rechten Hälfte des Herzbeutels. Ein durch die ganze Dicke des Herzfleisches gehender Riss von 1 Cm. Länge im Gebiet des rechten Vorhofs. Quere Zerreissung der Aorta 1,5 Cm. unterhalb der Mündung der linken Subclavia. In der linken Pleura 2 Pfund, in der Bauchhöhle ca. 1 Pfund flüssigen Blutes. An der Milz, der Leber und der rechten Niere fanden sich noch einige Zerreissungen von 4—12 Cm. Länge.

d) Die Section eines 76 jährigen Bauern, der 7 Wochen mit der Diagnose Lebercirrhose im Hospital gelegen hatte, ergab folgenden Befund: Oedem der ganzen unteren Körperhälfte In der Bauchhöhle 15 Pfd. hellgelber, trüber, gallertiger Flüssigkeit, in der Erbsen- bis Haselnussgrosse, runde, feste Tumoren schwammen. Ebensolche, theils gestielte, theilsin grössere Knoten verbackene Tumoren nahmen die Wände des Peritonealsackes ein und waren besonders zahlreich an der unteren Zwerchfellfläche und dem Omentum. Durch dieselben waren die meisten Bauchorgane fest untereinander verlöthet. Bei der näheren Untersuchung erwiesen sich die Tumoren aus einem schwammigen, fibrösen Stroma bestehend, dessen Zwischenräume durch Schleimgewebe ausgefüllt war, welche Structur dem fibroma mucosum zukommt.

e) Eine 50-jährige Frau lag 4 Wochen im Hospital mit der Diagnose Lebercirrhose und starb plötzlich an Hämatemesis. Section: Starke allgemeine Anaemie. In der Bauchhöhle circa 5 Pfd. hellgelber Flüssigkeit. Milz vergrössert, derb; Leber verkleinert, grobkörnig, knirscht beim Durchschneiden. Im Magen 3 Pfd. z. Th. coagulirten Blutes. Im unteren $1/3$ des Oesophagus starke varicöse Venenerweiterungen (bis zu Federkieldicke). 3 Cm. oberhalb der Kardia fand sich in der verdünnten Wand eines varicösen Gefässes eine 1 Mm. grosse, runde Perforationsöffnung. Im übrigen Verdauungscanal nichts besonderes.

f) Ein 50-jähriger Pat. wurde im Hospital wegen bedeutenden Ascites punktirt. Einige Stunden darauf verstarb er. Bei der Section wurde gefunden: allg. Anaemie. 14 Cm. nach oben und links von der Symphyse, in gleicher Entfernung vom Nabel und der spina ilei a. s. befand sich die frische, dreieckige Punctionswunde. In der Bauchhöhle ca 15 Pfd. blutiger Flüssigkeit mit dunkelrothen Blutgerinseln. Entsprechend der äusseren Wunde war das subseröse und intermuskuläre Zellgewebe blutig imbibirt. Die laterale Wand der a. epigastrica inf. sin. vom Troikart zerrissen und die Oeffnung von einem frischen Blutgerinsel verlegt.

g) Ein seltener angeborener Entwickelungsfehler wurde bei der gerichtlichen Section eines Zwillingspaares beobachtet (8 Monat). Bei dem einen Zwilling (A) endigte der Kehlkopf blind, ungefähr 1 Cm. unterhalb der Basis epiglottidis. Beim anderen (B) fand sich eine normale Trachea von 22 Mm. Länge, die vor der Bifurkation konusförmig endigte. In den Pleurasäcken beider Zwillinge fand sich an Stelle der Lungen nur lockeres Fettgebewe. Die Diaphragmen ohne Defecte. Bei B. fehlte am Herz das Septum, so dass nur ein Ventrikel und Vorhof vorhanden waren, die durch eine Trikuspidalis getrennt werden. In den Ventrikel mündete die breite a. pulmon., welche unmittelbar in den Aortenbogen überging. Die aufsteigende Aorta fehlte. Bei A. war der rechte Ventrikel hypertrophisch und die Lungenarterie mündete ebenfalls in den Aortenbogen. Der linke Ventrikel bildete nur ein Anhängsel des rechten Ventrikels, so dass die enge Aorta ascendens, deren Klappen nur schwach entwickelt waren, in die hintere Wand der Lungenarterie überging, unmittelbar beim Uebergang in den Bogen. Der Vorhof war ohne Scheidewand, besass 2 Herzohren und war vom rechten Ventrikel durch eine gut entwickelte Trikuspidalis, vom linken durch eine unvollkommene Mitralis geschieden*).

P. Preobrashenski: «Die sanitären Lebensbedingungen der Untermilitairs der 10. Flottenequipage im Jahre 1893». (Februar, März).

N. Gubarew: «Ein Fall von recidivirender Hämaturie nervösen Ursprungs». (Februar).

Der 24-jährige Midshipman war 1888 syphilitisch inficirt worden und hatte wiederholt Hg.injectionen erhalten. An einem kalten Herbsttage des Jahres 1891 hatte er nach einer psychischen Aufregung Kältegefühl, Schmerzen in der Nierengegend und Harndrang empfunden, wobei der gelassene Urin stark bluthaltig gewesen war. Am selben Tage noch verlor sich das Blut aus dem Urin, doch fühlte Pat. sich abgeschlagen. Dieselben Symptome wiederholten sich jedes Mal im Winter 1891–1892, wenn der Körper Kälte ausgesetzt wurde. Im October 1892 liess sich Pat. deswegen in das Hospital aufnehmen. Hier konnte ausser Anaemie und Stomatitis mercurialis nur eine mässige Empfindlichkeit des Leibes konstatirt werden. Der Harn war strohfarben, klar, ohne Sediment, spec. Gewicht 1010, ohne Eiweiss und Zucker. Keine nervöse Erscheinungen. Experimenti causa wurde Pat. nach 1 wöchentlicher Beobachtung einer starken Abkühlung beider Hände ausgesetzt, die auf $1/4$ Stunde in 6° Wasser gesteckt werden. Sofort stellten sich Schmerzen in der Nierengegend ein und der Urin war trübe und sedimentirte stark (harnsaures Natron), enthielt aber weder Blut, noch Eiweiss und Zucker. Spec. Gewicht 1017, Tagesmenge 2300. Am folgenden Tage wurde dasselbe Experiment wiederholt, die Temperatur des Wassers war 0°. $1/4$ Stunde darauf liess Pat. blutigen Urin; die zweite Portion (nach 1 Std.) enthielt schon kein Blut. Tagesmenge des Urins 2560, spec. Gewicht 1017, Reaktion sauer. Körpertemperatur normal. Pat. fühlte sich abgeschlagen, doch gab sich das in den nächsten Tagen. G. glaubt die Hämaturie auf reflektorische Einwirkung der vielleicht durch Lues geschädigten Vasomotoren zurückführen zu müssen.

M. Smirnow: «Der Kreuzer I. Ranges «Wladimir Monomach» in der Campagne 1889—92». I. (März).

W. Hildebrandt: «Ueber einige Cholerafälle im Peterburger Marinehospital 1893». I. (März).

J. Treuberg: «Ein Fall von primärer Tuberkulose der Sehnenscheide». (März).

Die 38-jährige Patientin klagte über temporär auftretende Schmerzen und Bewegungsbehinderung im rechten Mittelfinger, die durch eine vor 2 Jahren aufgetretene Geschwulst verursacht wurden. Längs der Flexorensehne des r. Mittelfingers sah man eine längliche, leicht höckerige Geschwulst, die an der Basis des Fingers beginnend sich bis zur Mitte der Handfläche erstreckte. Die Haut darüber war unverändert, Druckempfindlichkeit nicht vorhanden. Bei Druck auf das periphere Ende spannte sich das centrale stärker und man erhielt das Gefühl eines weichen Knirschens, ohne Fluktuation. Die Operation wurde unter Blutleere ausgeführt. Die Sehnenscheide des III. Fingers erschien als dünnwandige, bläuliche Blase, bei deren Spaltung sich etwas flüssiger Inhalt mit einer grossen Menge Reiskörper entleerte und eine gelappte, gelbrothe, weiche Geschwulst sichtbar wurde, die die Flexorensehnen völlig umwachsen hatte, ohne mit denselben verbacken zu sein. Sie sass der dorsalen Wand der Sehnenscheide fest auf, liess sich aber gut abpräpariren. Vernähung der Sehnenscheiden- und Hautwunde. Prima intentio. Die Gebrauchsfähigkeit des Fingers war nach $1^1/_2$ Monaten vollkommen wiederhergestellt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulst erwies sich dieselbe aus einem Conglomerat miliarer Tuberkel bestehend, die in ein bindegewebiges Stroma eingebettet waren, ohne Degenerationsprocesse aufzuweisen.

Weyert.

---

*) Anm: des Ref. In der Sitzung der Moskauer Kinderärzte vom 11. März 1894 theilte Dr. Ustinow 3 Fälle aus der Moskaner Entbindungsanstalt mit, in denen es sich gleichfalls um völliges Fehlen beider Lungen handelte. Alle 3 Kinder waren ausgetragen. Bei 2 fehlte ausserdem die linke Zwerchfellhälfte, so dass Magen, Milz und l. Leberlappen die linke, das Herz die rechte Pleurahöhle einnahm. Der Kehlkopf endigte blind. Eine Trachea fehlte.

Дозв. ценз. Спб. 28 Мая 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1894.

Wratsch. № 6–14.

L. Beljarminow: «Bericht über die Thätigkeit der augenärztlichen fliegenden Colonnen». (Nr. 6 u. 7).

Vortrag gehalten auf dem V. Congress russ Aerzte Siehe Beilage Nr. 3.

N. Ssokolow: «Die Resorption einiger Salze von Seiten der Haut bei Application derselben in Form von Salben». (Nr. 6).

Vorl. Mittheil.

Zu Einreibungen wurden verwandt: Jod- und Bromkali, Bromlithion, Chlorlithion, salicylsaures Natron mit Lanolin oder Vaselin verrieben. Die intacte Haut resorbirt Keines der betreffenden Arzneimittel; dagegen die mit Pusteln oder Schrunden behaftete Hautoberfläche ist wohl resorptionsfähig, die durch Beifügung von Salicylsäure, Chloroform, Terpentin, Veratrin etc. gereizte Hautoberfläche resorbirt ebenfalls, wie auch eine durch starkes Reiben mechanisch gereizte Haut.

G. Gorjansky: «Ueber den Einfluss des Kranzbeerensaftes auf den Cholerabacillus». (Nr. 6).

Verf. verabfolgte als Getränk Kranzbeerensaft (fructus oxycocci); derselbe übte eine stärker desinficirende Wirkung aus, als Kalkwasser, Phenolkalk, Birkentheer oder Pixol. Cholerastühle wurden zu gleichen Theilen mit Kranzbeersaft vermengt und nach 15—60 Minuten in sterilen Pepton-Bouillon überimpft. Die Impfungen zeigten nach 24–48 Stunden einen recht üppigen Wuchs, allein weder bei microskopischer Untersuchung noch bei Ueberimpfungen auf Gelatine konnte man Cholerabacillen resp. Colonieen nachweisen, während die Controllversuche positiv ausfielen. Daher zieht Verf. den Schluss, dass der Kranzbeersaft tödtend auf die Cholerabacillen wirkt. Ebenso stellte derselbe die Entwickelungen der Reincultur ein. Daneben beobachtete G. eine günstige Wirkung dieses Getränkes auf das Erbrechen.

A. Glinsky: «Radix apocyni cannabini bei Herzkrankheiten». (Nr. 6 u. 7).

Die Wurzel ist als Volksmittel in Virginien bekannt, doch auch in Europa angewandt bei Hydrops, Hydrocephalus, Amaurosis, chronischen Gelenkleiden etc. Die Wurzel enthält einen harzigen Stoff, einen Extractiv- und Bitterstoff, Gerbsäure, Wachs und Amylum. Dieselbe besitzt eine der Digitalis ähnliche Wirkung: verlangsamt die Herzthätigkeit, der Puls wird voller und härter. Ausserdem wirkt radix apocyni cannabini diuretisch, beseitigt Dyspnoe und Herzklopfen. Nebenerscheinungen sind nicht vorhanden. Oft ist nach dem Gebrauch dieses Mittels eine Verkleinerung der Herzdämpfung bei Herzkranken zu constatiren. Es werden einige Krankengeschichten angeführt.

K. Winogradow: «Lymphangoitis proliferans in den Glytaealmuskeln bei Tuberculosis». (Nr. 7).

Bei einem an chronischer Lungentuberculose leidenden Pat. bemerkte man in der Tiefe des in der Glutaealgegend sitzenden gespaltenen Abscesses kleine grauliche Knötchen von Mohnkorngrösse. Bei microskopischer Untersuchung stellte es sich heraus, dass die Knötchen erweiterte Lymphgefässe darstellten, welche mit einem öligen Inhalt angefüllt waren, der in Aether löslich war und sich in Osmiumsäure schwarz färbte, die Lymphgefässe communicirten röhrenförmig unter einander.

Das Endothel derselben war geschwellt, befand sich im Zustande der Proliferation und Desquamation. Es handelte sich also um einen entzündlichen Process, der sich in den intermusculär gelegenen Lymphgefässen abspielte.

Nebenbei fand Verf. in einigen Bezirken typische Tuberkelknoten mit Anhäufung lymphoider Zellen und Riesenzellen.

P. Fedorow: «Die Zahnheilkunde hier und im Auslande». (Nr. 7, 8 und 9).

Verf. hat sich in Berlin und Breslau die Institute für Zahnheilkunde angesehen, beschreibt diese und kommt zu dem Resultat, dass das Studium, die Institute etc. in Russland reformbedürftig sind.

J. Gabrilowitsch: «Ueber geschlossene Heilanstalten für Lungenkranke». (Nr. 7 u. 9).

G. befürwortet die Unterhaltung derartiger Anstalten, berichtet über einige derselben und bezeichnet die hygienischen und anderweitigen Bedingungen.

N. Ssimanowsky: «Ueber die therapeutische Bedeutung des Para- und Orthochlorphenols bei tuberculösen und anderen Erkrankungen der oberen Athmungswege». (Nr. 8).

Vorl. Mittheilg.

Verf. gelangt zu dem Resultat, dass Para- und Orthochlorphenol geschwürige Processe des Kehlkopfes günstig beeinflusst, die Geschwüre reinigen sich und zeigen Neigung zum Verheilen; bedeutende Zerstörungen beanspruchten nach Angabe Verf. mehrere Monate zur Heilung. 24 Tuberculöse wurden behandelt. Das Mittel wurde in 5—10 20% Lösung aufgetragen ohne jegliche Nebenerscheinungen. Einfache, nicht tuberculöse chronische Hyperplasieen auf den Schleimhäuten schwinden sehr bald. Ausserdem kommt obigem Mittel eine anaesthesirende Wirkung zu.

P. Troizky: «Die Lebensfähigkeit einiger pathogener Microorganismen auf Weiss und Schwarzbrod». (Nr. 8).

Vorl. Mittheilg.

Am hartnäckigsten und lebensfähigsten erwiesen sich die Milzbrandbacillen, welche auf dem Weichen des Schwarzbrodes 25–28 Tage, auf dem des weissen Brodes 34–37 Tage sich lebensfähig erwiesen; dann folgt der Staphylococcus aureus, der Typhusbacillus, zuletzt der Koch'sche Cholerabacillus, welcher sich auf dem Weichen des Schwarzbrodes 4—9 Stunden, auf dem Weichen des Weissbrodes 23—25 Tage als lebensfähig erwies. Alle Microben behielten ihre Lebensfähigkeit länger auf Weissbrod, als auf Schwarzbrod.

W. Heinatz: «Ueber Parasiten in den Sarcomzellen und deren Bedeutung». (Nr. 8 u. 9).

7 Sarcome wurden untersucht. In den Kernen der Sarcomzellen fanden sich Körperchen von 2—5 Cm. Diese färben sich in Eosin und Haematoxylin rothviolett, die Kerne blau. Jedes Körperchen birgt in seinem Innern ein oder mehrere stark lichtbrechende Körnchen von 0,5—1,5 Cm. Die Kerne, welche diese Körperchen enthielten waren sehr gross, doch nicht jedes Kern enthielt dieselben, dazwischen befanden sie sich auch ausserhalb eines Kernes inmitten der Zelle. Nebenbei fand Verf. oft neben den Körperchen durch andere Schattirung gekennzeichnete Kernkörperchen. Mit diesen sind die beobachteten Körperchen durchaus nicht identisch. Verf. sieht diese als sporenartige Parasiten an, kann aber seine Behauptung nicht mit absoluter Sicherheit beweisen.

N. Schtschepotjew: «Ueber die Verbreitung der Hühnerblindheit in Russland». (Nr. 9).

Statistische Angaben.

W. Lesin: «Actinomykosis des Rachens, complicirt mit Actinomykosis der Meningen». (Nr. 10).

Den Ausgangspunkt der Erkrankung bildete wahrscheinlich die rechte Mandel, von dieser ging die Affection auf den Rachen, die linke Tonsille, die Gefässscheiden, und wahrscheinlich längst dieser auf die Schädelbasis und die Meningen über. Die terminalen Erscheinungen, unter denen Pat. starb, waren die einer Meningitis.

Th. v. Schroeder: «Actinomycosis des unteren Thränenganges». (Nr. 10 u. 12).

Nach einem Ueberblick über die einschlägige Literatur folgt die Krankengeschichte. Bei einer 36 jährigen Frau fand sich ein hartnäckiger Conjunctivalcatarrh des linken Auges und eine erbsengrosse Geschwulst auf der Innenfläche des linken Augenlides entsprechend dem unteren Thränencanal, die Hautdecken darüber waren verschieblich, die Schleimhaut hyperaemisch und geschwellt. Der Thränencanal war erweitert, in demselben befand sich eine gelbliche Masse, bei stärkerem Druck



auf die Geschwulst liess sich ein Tröpfchen herauspressen. Nach Eröffnung des Thränencanales lässt sich eine Masse theils durch Druck. theils mit Hilfe des scharfen Löffels herausbefördern. die aus etwa 15 gelbgrünlichen Körnchen von Stecknadelkopfgrösse bestanden. Die microskopische Untersuchung (Westphalen) bestätigte den Befund (strahlenförmige Anordnung der dichotomisch verzweigten Fäden. die an der Peripherie oft kolbenförmige glänzende Verdickungen zeigten). Der Streptothrix Foersteri ist mit dem Actinomycespilz identisch. Der Pilz gelangt eingehüllt in Schleim in den Thränencanal, die Einhüllung verhindert sein Eindringen ins Gewebe, zudem wird derselbe beständig vom Thränensecret bespült, nur die enorme Lebensfähigkeit des Pilzes trägt die Schuld, dass derselbe unter diesen ungünstigen Bedingungen nicht zu Grunde geht. Im vorliegenden Fall hatte die Geschwulst 2 Jahre bestanden. Im Anschluss wird ein zweiter von Huljanitzki beobachteter Fall erwähnt, der ähnliche Verhältnisse darbot.

N. Kulbin: «Ein Percussionshammer mit Angabe der beim Percutiren angewandten Kraft. (Percutometer)». (Nr. 10).

Der Hammer besteht aus einem Metallhandgriff, an den eine Feder aus Stahl nach oben bogenförmig angeschraubt ist. An dem freien Ende derselben ist das Köpfchen des Hammers befestigt. dessen oberes Ende mit einer Gummikugel versehen ist. In der Stahlfeder, näher zum Hammer hin, befindet sich eine Oeffnung, durch welche ein Stäbchen mit Theilstrichen und Ziffern durchzieht. Die Theilstriche auf diesem leicht bogenförmig geschwungenen Stabe geben die Stärke des Schlages an. Auf diesem mit kleinen Querfurchen versehenen Stabe bewegt sich eine Schraube, die man auf einen beliebigen Theilstrich (auf dem Stabe) einstellen kann. An dem einen Ende des Metallgriffes befindet sich ein Plessimeter, das unter die Gummikugel des Hammers zu liegen kommt.

Die Handhabe des Apparates ist folgende: Der Metallgriff wird in der Weise gefasst, dass vier Finger unter denselben greifen, der Daumen auf dem Metallgriff (unter dem mittleren Theil der Feder) zu liegen kommt, das Plessimeter wird an die zu untersuchende Stelle gelegt, zwei Finger der rechten Hand ergreifen den Metallknopf des Hammers und heben denselben, bis die Oeffnung der Stahlfeder an die auf dem Stabe beliebig eingestellte Schraube stösst, darauf lässt man den Metallknopf los und dieser fällt auf das Plessimeter, kehrt aber gleich (in Folge der Stahlfeder) in die frühere Stellung zurück. Jenachdem wo man die Schraube auf dem Stabe einstellt, z. B. auf den Theilstrich 100 oder 200, führt man Schläge aus, die der Stärke von 100 oder 200 Grm. gleichkommen.

S. Ostrogorsky: «Zur Lehre über die Innervation der Speicheldrüsen». (Nr. 11).

Vorläufige Mittheilung.

Der n. trigem. enthält neben Secretion erregende auch secretionshemmende Fasern. Letztere werden durch Pilocarpin gelähmt, daher die Vermehrung der Speichelsecretion bei diesem Mittel.

N. Andogsky: «Zur Frage über die Erkrankung des Auges in Zusammenhang mit Darmparasiten». (Nr. 11).

Abnorme Erweiterung und Verengerung der Pupille, Accomodationskrampf, Blepharospasmus, Schielen etc. sind als Begleiterscheinungen beobachtet worden. Zwei Krankengeschichten bestätigen die von früheren Autoren gemachten Beobachtungen.

In diesen Fällen handelte es sich um Blepharospasmus. der nach einer entsprechenden Wurmcur wich.

S. Gortalow: «Ein Fall von idiopathischem Pneumothorax». (№ 11).

Bei einem anscheinend gesunden Mann bildete sich ein rechtsseitiger Pneumothorax, den Verf. aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Entstehung «subpleuraler Entzündung» mit nachfolgender Perforation der Lunge zurückführt.

Th. Biruli: «Zur Frage über die Veränderungen des Centralnervensystems bei progressiver perniciöser Anaemie». (№ 11 und 12).

Krankengeschichte und Sectionsprotokoll. Die microskopische Untersuchung des Hirns ergab Haemorrhagieen in den Hemisphären; rundliche structurlose Körperchen meist in Haufen angeordnet. die als Amyloidkörper angesehn werden; fettige Degenerationen der Zellen im motorischen Gebiet, Vermehrung des intercellulären Bindegewebes; Verkleinerung und Vacuolenbildung in den Purkinje'schen Zellen.

W. Ilkewitsch: «Färbmethode von Microben mit Hilfe von Ueberosmiumsäure und zum Microphotographiren geeigneten Farben». (№ 11, 14 u. 18).

Verf. benutzte die Ueberosmiumsäure gemischt mit verschiedenen Substanzen. Nach der Vorschrift von Kolossow fügte er Gerbsäure und Pyrogallussäure hinzu, im ersten Fall färbten sich die Bacterien schwarz im zweiten blau-schwarz. Die Mischung bestand aus: Aq. destill. 450,0. Spiritus (85 pCt.) 100,0. Glycerin 50,0, Gerbsäure oder Pyrogallussäure 30,0. In einigen Fällen fügte Verf. Ameisensäure hinzu. Die Bacterien (der Kommabacillus, der Typhusbacillus, Staphylococcus pyog. aureus, Friedländers Diplococcus etc.) liessen sich sehr gut färben.

P. Peters: «Echte und Pseudo-Paralysen der oberen Extremitäten bei Neugeborenen». (№ 12 und 14).

Die Lähmung kann centralen oder peripheren Ursprungs sein. Beim Passiren des Schädels kann mechanisch der Druck der Beckenknochen eine Pression auf den Plexus cervicalis ausüben, seltener führt der in die Achselhöhle eingeführte Finger zu einer Compressionslähmung. Bei Beckenendlagen kommt der Druck der clavicula auf den Erbschen Punkt (Austrittsstelle der Nerven in der Nähe des 6. proc. transvers) in Betracht. Bei erster Schädellage ist die rechte, bei zweiter die linke obere Extremität gelähmt, was im Geburtsmechanismus seine Erklärung findet. Als Pseudo-Paralysen bezeichnet Verf. solche Lähmungen, die bei Integrität des Nervenapparates durch Fractur des Oberarms, syphilitische Processe in den Knochenepiphysen etc. herbeigeführt sind.

W. Blagoweschtschensky: «Ueber die Methode einer schleunigen Herstellung des Glycerin-Agar-Agar». (№ 12).

A. Schroeder: «Zur Entwickelungsgeschichte des Bothriocephalus latus». (№ 12).

Untersuchungen an Hechten.

N. Ssokolow: «Ueber das Verderben der Luft durch Gaze beim Schiessen mit rauchlosem Pulver». — Experimentelle Untersuchung. (№ 13).

G. Markow: «Zur Frage der Verunreinigung der Haut der Kranken durch Microben». (№ 13).

Vorläufige Mittheilung.

51 Kranke wurden im Hospital untersucht auf den Gehalt der Hautoberfläche an Bacterien vor und nach einem Bade. In der Mehrzahl der Fälle fand sich vor dem Bade eine grössere Anzahl von Bacterien. Die grösste Zahl von Bacterien fand sich in einem Quadr. Ctm. auf der Bauchhaut und zwar als Maximum 12475, als minimum 12, auf dem Rücken 4836 und 15. auf der Innenfläche des Oberschenkels 11580 und 10, nach dem Bade verringerte sich die Anzahl der Bacterien um das sechsfache. 3 Mal wurde der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden.

Th. Romanow: «Zur Lehre von den concentrisch geschichteten Körpern, insbesondere von den Psammomen». (№ 13).

Verf. fand bei mehreren Psammomkörnern einen eisenhaltigen Bestandtheil, der auch die Reaction auf Eisen gab und seinem Ursprung nach wahrscheinlich auf die rothen Blutkörperchen zu beziehen ist.

J. Krawtschenko: «Ein Fall von Haemophilie». (№ 14).

Ein 3 Ctm. langer und ½ Ctm. tiefer Schnitt in den Kleinfingerballen rief eine lebensgefährliche sich öfter wiederholende Blutung hervor.

A. Glinsky: «Hypnotische Suggestion bei chronischem Alkoholismus». (№ 14).

G. führt die Krankengeschichte eines Gewohnheitstrinkers vor. Patient wurde von Bernheim durch Hypnose (7 Sitzungen) geheilt.

N. Kumberg: «Zur Frage über den Einfluss des Arsens auf Lyphome. Ein Fall von malignem Lymphom». (№ 14 und 15).

Bei einer 46 jährigen Bäuerin fanden sich auf der rechten Halsgegend zwei von einander abgrenzbare Geschwülste, die nach unten bis zur clavicula, nach oben bis zum Kieferrand reichten und die Mittellinie überragten; die Oberfläche war glatt, die Consistenz ziemlich derb, die Haut verschieblich. Nach 1½ monatlicher Behandlung mit Sol. Fowleri bis zu 20



Tropfen pro dosi steigernd waren die Tumoren spurlos weg. Verf. behielt Pat. 3 Jahre im Auge, in diesem Zeitraum zeigte sich kein Recidiv. Verf. bespricht die differentialdiagnostischen Momente und gibt einen Ueberblick über die bisher beobachteten einschlägigen Fälle.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje № 2—9.

I. Polissadow. «Ein Fall von totaler Amblyopie in Abhängigkeit von einem Tumor im occipitalen Theil des Gehirns». (Nr. 2).

Bei einem 26-jährigen Soldaten entwickelte sich binnen kurzer Zeit ein Tumor im Occipitalhirn, der zur Usur des Knochens führte. Während des Lebens bestanden folgende Symptome: 1. Starke Kopfschmerzen. 2. Völlige Blindheit auf beiden Augen. 3. Weite Pupillen mit schwacher Reaction auf Licht. 4. Hoher Grad von Cachexie. Die Section ergab, dass die Geschwulst (was für eine?) eine Zerstörung der Hirnhäute im occipitalen Theil, eine tiefe Läsion des rechten Occipitallappens und eine oberflächliche Erweichung der rechten Kleinhirnhälfte herbeigeführt hatte.

Jakubowitsch: «Zur Lehre von der postmortalen Temperatur und über das Wesen des Fiebers bei Kindern». (Nr. 3).

Vortrag gehalten zum 5. Congress russischer Aerzte (siehe St. Petersburger medic. Wochenschrift. Beilage Nr. 2, 1894).

Bystrow. «Ueber die Verbreitung der Rachitis unter den Kindern der ländlichen Bevölkerung des Waldai'schen Kreises». Nr. 3. (siehe Beilage Nr. 2. 1894).

W. Shukowski: «Ueber die Häufigkeit der Rachitis unter den Kindern der Arbeiterklasse St. Petersburgs». (Nr. 3).

G. Kljatschkin: «Zur Casuistik der Hysterie mit Vortäuschung der Parkinson'schen und der Thomsen'schen Krankheiten». (Nr. 3).

Beschreibung zweier Fälle. Im ersten Falle erinnerte der Symptomencomplex an die Parkinson'sche Krankheit, jedoch bestanden daneben Symptome, die auf Hysterie hindeuteten, so z. B. die Hemianaesthesie mit hyperaesthetischer Zone; im 2. Falle deuteten die tetanischen Contracturen in den Extremitäten beim Versuch zum Gehen auf die von Thomsen beschriebene Erkrankung hin, jedoch waren auch hier ausgesprochene hysterische Symptome vorhanden. Beide Fälle betrafen Männer im mittleren Alter.

K. Pawlinow: «Ueber die Veränderung des Herzens bei grossen linksseitigen pleuritischen Exsudaten». (№ 4).

Verfasser schliesst sich der von Fraenzel und Gerhardt ausgesprochenen Meinung an, dass das Herz bei linksseitigen Exsudaten in toto nach rechts verschoben werde und zwar in horizontaler Ebene, ohne nach oben verdrängt zu werden.

A. Kaplan: «Ueber die Aether-Narcose». (№ 4).

Verf. verfügte über ein statistisches Material von 60 Fällen. Es wurde die von Juillard angegebene Maske angewandt und gleich von vorneherein 70 Gramm Aether aufgegossen: gewöhnlich genügte diese Portion zur vollständigen Anaesthesie, seltener musste später noch 15,0—20,0 aufgegossen werden. Die Narcose trat durchschnittlich nach 3—4 Minuten ein. Die Herzthätigkeit war während der Narcose eine kräftige, der Puls voll, 96—100 in der Minute; nach der Narcose trat zuweilen eine Verlangsamung des Pulses und Abschwächung der Herzthätigkeit ein, doch steigerte sich diese nie zur ausgesprochenen Herzschwäche. Die Athmung ist bei der Aethernarcose tief und regelmässig; Asphyxie wurde nicht beobachtet. Nach der Narcose erholen sich die Patienten sehr rasch, nur bleibt zuweilen eine leichte durch die Aetherdämpfe hervorgerufene Bronchitis zurück. Nephritis nach langdauernder Aethernarcose wurde nie beobachtet. In letzter Zeit wandte Verf. die von Wanscher angegebene Maske zur Aethernarcose an.

A. Ljanz: «Ueber die Häufigkeit der Betheiligung der Urethra post. bei acuter Gonorrhoe». (№ 5).

Verf. weist zunächst darauf hin, dass in der Frage nach der Häufigkeit der Betheiligung der Urethra post. am gonorrhoischen Entzündungsprocesse, die Meinung der verschiedenen Autoren divergiren, die Ursache hierzu ist in der Schwierigkeit die Entzündung der Urethra post. zu constatiren gelegen. Die zur Diagnose angewandten Methoden (Thompson, Jadassohn, Heisler, Letzel etc.) sind in vieler Beziehung mangelhaft; doch bei acuter Gonorrhoe mit starker Secretion ist man im Stande bei längerer Beobachtung durch die bekannte Thompson'sche Methode (Auffangen des Urins in 2 Portionen) Gewissheit über den Zustand der Urethra post. zu erlangen. Von 76 Fällen acuter Gonorrhoe konnte in 61 Fällen (80,3 pCt.) die Urethritis post. durch die Probe mit 2 Gläsern nachgewiesen werden. Was die Zeit der Entwicklung der Urethritis post. anlangt, so fand Verf., dass dieselbe viel früher, als von anderen Autoren angegeben worden ist, auftrete; in der Hälfte aller Fälle trat die Urethritis post. schon in der 1.—2. Woche der Erkrankung auf; dabei hatte die Art und Weise der Tripperbehandlung (Injectionen oder innere Behandlung) keinen Einfluss auf die Zeit des Auftretens der Urethritis post. Verf. ist der Meinung, dass die Erkrankung der Urethra post. nicht als Complication, sondern als ein besonderes Stadium der acuten Gonorrhoe aufgefasst werden müsse.

Tschutschkin: «7 Fälle von gleichzeitigem Auftreten verschiedener Infectionskrankheiten». (№ 5).

In 5 Fällen war als eine Infectionskrankheit Erysipelas aufgetreten, mit welchem sich in 3 Fällen die Masern combinirten, in einem Falle — croupöse Pneumonie; die beiden anderen Fälle stellten eine Combination von Masern und Flecktyphus vor.

Ssaritschew: «Die operative Behandlung der Kieferklemme». (№ 5).

Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden; Mittheilung eines Falles, bei dem die Ankylose 21 Jahre lang bestanden hatte und durch doppelseitige Resection geheilt werden konnte.

A. Alelekow: «Typische und atypische Formen der Syringomyelie». (№ 6).

Beschreibung zweier Fälle; sorgfältige Zusammenstellung der Literatur.

T. Popow: «Ueber die in den Zellen der Epithelgeschwülste vorkommenden Gebilde». (№ 6).

An der Hand eines grossen Beobachtungsmaterials gelangt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Sowohl in den Epithelzellen von Granulationen, als auch in denen anderer benigner epithelialer Neubildungen kommen Gebilde vor, die analog den sog. Krebsparasiten sind. 2) Diese Gebilde stellen Degenerationsprodukte der Zellen dar. 3) Sie bewirken durchaus nicht ein malignes Wachsthum desjenigen Abschnittes, in welchem sie vorgefunden werden.

N. Kischkin: «Ein Fall von Dilatatio ventriculi, geheilt durch die Gastro-Enterostomie». (№ 7).

Eine 22-jährige Bäuerin wies Symptome einer hochgradigen Magendilatation auf die Verf. auf narbige Stenose des Pylorus nach vorangegangenem Magengeschwür zurückführte. Die methodisch vorgenommene Auswaschung des Magens nebst anderen therapeutischen Mitteln (Tinct. nuc. vomic., Bauchmassage, Faradisation des Magens) brachte zwar Besserung, doch konnte von derselben keine anhaltende Wirkung erhofft werden. Mit Bewilligung der Patientin wurde die Laparotomie ausgeführt: die Stenose befand sich im oberen horizontalen Abschnitt des Duodenum, der Pylorus stark dilatirt. Es wurde eine Dünndarmschlinge (ungefähr 50 Cm. von der plica duodeno-jejunalis entfernt) eröffnet und mit dem Magen vernäht. Die Patientin genas, und die Symptome der Dilatatio ventrikuli schwanden allmählich.

A. Blagowjeschtschenski: «Atrophische Lebercirrhose bei einem 10-jährigen Knaben». (№ 7).

Der Knabe wurde mit einem Icterus der nach einem Diätfehler aufgetreten sein soll ins Hospital gebracht. Gleichzeitig constatirte Verf.: hochgradigen Ascites, der punctirt werden musste. Die Section ergab eine atrophische Lebercirrhose, chronischen Gastroduodenalkatarrh, starke Milzschwellung, icterus catarrhalis. Aetiologisch konnte Lues und Intermittens ausgeschlossen werden. Die Eltern gaben an, dass sie den Knaben in den letzten 2 Jahren aus Furcht vor der Cholera täglich 2 Glas Wein trinken liessen.

D. Pokrowski: «Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Variolois und Masern». (Nr. 7).

Bei einem 10-jährigen Mädchen trat am 3. Tage nach Erscheinen von variolösen Papeln am ganzen Körper, ein Masern-



exanthem auf, gleichzeitig Conjunctivitis und Bronchitis. Das Masernexanthem bedeckte fast den ganzen Körper und verschwand nach 2 Tagen; alsdann ein erneuertes Aufschiessen von Papeln, die jedoch nur theilweise in Pusteln übergingen. Verfasser ist der Meinung, dass das Maserngift die Intensität und die Zeitdauer des Pockengiftes abgeschwächt habe.

W. Predtetschenski: «Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Brown-Sequardschen Flüssigkeit». (Nr. 7).

Verf. hat an dem grossen Material der Tscherinow'schen Klinik die von vielen Autoren hervorgehobene günstige Wirkung des Samenextractes auf verschiedene Krankheitsprocesse nachgeprüft. Das Material wurde von verschiedenen Thieren genommen und nach der bekannten Arsonval'schen Methode dargestellt. Die Beobachtungen beschränkten sich nicht auf den Zustand (Puls, Temperatur, Athmung, Gewicht etc.) der Patienten, sondern es wurden auch eingehende Untersuchungen des Urins, namentlich der ausgeschiedenen Stickstoffmenge angestellt; die Krankheiten, bei denen die Brown-Sequardsche Flüssigkeit angewandt wurden, waren: Tuberculosis pulmonum in den verschiedenen Stadien, Pleuritis exsudativa, Chlorosis Diabetes mellitus, Neurasthenie, Tabes dorsualis. Die Resultate fielen vollständig negativ aus; bei keiner Krankheit liess sich objectiv irgend eine Besserung bei Anwendung des Hodenextractes constatiren.

P. Postnikow: «Ein Fall von Exstirpation der Niere und des Ureters bei Hydronephrose und Hydroureter.» (Nr. 8.)

Der Fall ist insofern von besonderem Interesse, als die Exstirpation des Ureters im Anschluss an die Nephrektomie stattfinden musste. Bei der Laparotomie (55-jährige Frau) erwiesen sich im unteren Abschnitt des Ureters Steine, von denen einige hervorgezogen werden konnten, der grösste Stein jedoch war so fest eingekeilt, dass der Ureter exstirpirt werden musste. Ligatur derselben 2 Cm. von der Einmündung in die Blase. Exstirpation des hydronephrotischen Sackes nebst erweitertem Ureter. Ausgang in Genesung. Verfasser giebt eine Uebersicht über die Pathologie und Therapie der Ureterolithiasis und bespricht ausführlich die bekannten Fälle von Ureterotomie, Ureterolithotomie und Ureterectomie. Letztere Operation ist nach der Ansicht des Verf. wohl ausführbar und zwar kann der ganze Ureter exstirpirt werden.

T. Pawlow: «Ein seltener Fall von Lichen scleroticus s. atrophicus». (Nr. 8.)

Der Fall stellt ein Analogon dem von Hallopeau und Darier beschriebenen Fälle dar. Verf. schildert ausführlich den Befund an der Haut zu verschiedenen Zeiten und giebt eine Beschreibung des mikroskopischen Befundes an der erkrankten Haut (es wurden sowohl typische, frische Knötchen, als auch atypische, bereits sclerosirte der mikroskopischen Untersuchung unterzogen). Zum Schluss spricht P. seine Meinung dahin aus, dass lichen scleroticus nur eine Variation des lichen planus darstelle; diese Variation entwickle sich nur bei Personen, die eine ganz besondere Praedisposition der Haut zur Entwicklung von Keloiden haben, desshalb wäre die Bezeichnung «lichen planus keloidiformis» gerechtfertigt.

A. Lichatschew: «Ueber die Anwendung der Unnaschen Diascopie zur Diagnose von Hautkrankheiten». (Nr. 8.)

Verf. spricht sich im Allgemeinen ablehnend über die Bedeutung des Unna'schen Diaskopes aus.

A. Langowoi: «Ueber den Typhus recurrens und dessen Parasiten». (Nr. 9.)

Die Untersuchungen wurden an Patienten der Moskauer Hospitalklinik angestellt. Die Resultate waren folgende: 1) Die Spirillen verschwinden nicht gänzlich aus dem Blute nach dem Temperaturabfall, sie werden auch im Stadium der Apyrexie gefunden, wenn auch nicht in grossen Mengen. 2) Vor Beginn der Recurrensattaque häufen sie sich im Blute an und können einige Stunden vor dem Steigen der Temperatur im Blute leicht entdeckt werden. 3) Am zahlreichsten sind die Spirillen einige Stunden nach Beginn des Anfalles. 4) Vor der Krisis nehmen sie an Zahl rasch ab. 5) Sie entwickeln sich nicht aus irgend einer Zwischenform; wahrscheinlich vermehren sie sich durch Theilung. 6) Die Beobachtungen Sacharows beziehen sich nicht auf den eigentlichen Parasiten des Recurrensfiebers, sondern auf diejenigen protoplasmatischen Gebilde, die bereits von Obermeier und Heidenreich beschrieben worden sind.

O. Essen: «Einige Fälle von Cholera-Erythemen, beobachtet in der Epidemie 1893». (Nr. 9.)

Beobachtungen in der Frauenabtheilung des Obuchow Hospitals. Unter 104 Fällen von Cholera wurden 9 Fälle von Erythemen constatirt und zwar 3 mal bei leichten Cholerafällen, 6 mal bei schweren. Gewöhnlich trat das Exanthem im Typhoid (6 mal) oder im Reactionsstadium auf; Von den 9 Kranken starben 2 im typhoiden Stadium. Das Exanthem bestand gewöhnlich 4—8 Tage, hatte meist den Charakter des Erythema maculosum oder Erythema maculo-papulatum, 3 mal waren gleichzeitig Urticariaquaddeln vorhanden. In einem Falle traten neben dem Erythem Petechien und Vibices im Gesicht, auf dem Halse und dem Rücken auf. Gewöhnlich begann das Erythem an dem Gesicht und den oberen Extremitäten, von da aus dehnte es sich auf den Rücken, auf die Brust den Leib und auf die unteren Extremitäten aus. Juckreiz war nicht vorhanden. Als Arzneiexanthem konnte der Ausschlag nicht angesehen werden, da das Auftreten desselben in keiner Beziehung zu irgend einem der angewandten Mittel (Salzsäure, Campherinjectionen, in 2 Fällen — Diuretin, in 3 Fällen — Pilocarpininjectionen) stand.

W. Krawkow: «Ein Fall von Hepatitis suppurativa postmalarica». (Nr. 9.)

Abelmann.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 6—9.

N. Tschistowisch: «Ueber Veränderung der Leukocytenzahl im Blut bei Pneumonia crouposa mit tötlichem Ausgang». (№ 6).

Die Anordnung der Versuche war folgende: zuerst wurde die Zahl der Leukocyten aus einer Arterie des Ohres vom Kaninchen nach Thoma bestimmt. Darauf wurde eine virulente Bouillonkultur Fraenkelscher Diplokokken subkutan eingeführt und zu gleicher Zeit oder etwas später an anderer Stelle Substanzen injicirt, die Leukocytose hervorrufen. Als solche bewährten sich 1) durch Knochen steril. Kulturen des Staphylokokkus pyogenes aureus, 2) Kulturen von Bacillus fungoides, 3) Tuberculinum Kochi und 4) Pilocarpin. Hierbei erwies sich, dass Substanzen, die bei gesunden Kaninchen Leukocytose hervorrufen, bei solchen mit virulenten Fraenkel'schen Diplokokkenkulturen geimpften entweder gar keine Leukocytose bewirken, oder eine sehr geringe und schnell vorübergehende mit nachfolgendem Sinken der Zahl der Leukocyten und das auch nur bei nicht völlig ausgebildetem Symptomencomplex der Intoxication. Die Unfähigkeit auf solche Substanzen mit Leukocytose zu reagiren kann daher als ein Zeichen gelten für tiefergehende Veränderungen, die von der Intoxication mit den Producten des Streptokokkus abhängen. Bei Thieren, die nicht durch starke Virulenz des Diplokokkus, sondern durch ungünstige Lokalisation des Giftes (z. B. bei Einführung ins Gehirn) zu Grunde gingen, beobachtete T. Leukocytose. Autor hat im Laufe des vorigen Jahres Gelegenheit gehabt, auf der therapeutischen Klinik des Prof. L. Popoff 4 Fälle von Pneumonia croup. mit tödtlichem Ausgang zu untersuchen. Bei einem Patienten, dessen Leukocytenzahl intra vitam herabgesetzt war, wurde Hepatisation des linken Unterlappens ohne Complicationen constatirt. Bei den 3 anderen Patienten war deutliche Leukocytose beobachtet worden. Einer starb an Meningitis, der zweite an Meningitis und Endokarditis, beim dritten war beinahe die ganze Lunge befallen, so dass der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie eintrat. In allen drei Fällen erfolgte also der Tod nicht durch die Virulenz des Diplokokkus, sondern durch andere Ursachen.

G. Borchow: «Der Einfluss des Wassers auf die Choleraerkrankungen auf Wassili-Ostrow». (№ 7).

Bis zum 15. September 1893 wurde dieser Stadttheil Petersburgs aus einer Wasserleitung versorgt, deren Ansaugerohr nur 15 Faden vom Ufer entfernt war und 1 bis 1½ Faden unter dem Wasserspiegel lag. Vom 15. September an functionirte die neue Wasserleitung, deren Ansaugerohr 65 Faden vom Ufer entfernt ist und 6 Faden unter dem Wasser liegt. Vom 12. August 1893 bis 31. Januar 1894 erkrankten auf Wassili-Ostrow 309 Menschen an Cholera, davon 173 bis zum 15. September, 136 vom 15. September bis 31. Januar. In der ganzen Stadt erkrankten im ersten Zeitabschnitt 1017, im zweiten 1954, so dass also die Erkrankungen auf W. O. 17 resp. 7 pCt. der Gesammtzahl ausmachen. Die bakteriologische Untersuchung ergab als Durchschnittszahl für 5 Mon. (September bis Januar) in 1 Ccm. Wasser der alten Leitung 1865 Colonien (Stadtwasserleitung: 76), in 1 Ccm. Wasser der neuen Leitung 372 Colonien (Stadtwasserleitung: 108).



A. Högerstedt und L. v. Lingen: «Die Cholera 1893». (№ 7 und 8).

(In № 8 und 9 der St. Petersb. medic. Wochenschrift veröffentlicht).

E. Bashenow: «Ein Fall von Leukämie». (№ 9).

Der 26-jährige Pat. wurde wegen heftiger Schmerzen im Hypochondrium aufgenommen, die vor ca. 1 Monat aufgetreten sein sollen. 17 Tage vor der Aufnahme wurde Pat. bettlägerig, fieberte, nach 5 Tagen traten blutige dünnflüssige Stühle auf. Status: die Haut des ganzen Körpers, besonders in den unteren Abschnitten, bedeckt von einer grossen Zahl Stecknadelkopf- bis Erbsengrosser Ecchymosen, welche sich auch auf den Skleren finden. Das Zahnfleisch blass, leicht blutend. Herztöne rein, Puls 116, voll. Leber etwas vergrössert und schmerzhaft. Milz auf 2 Fingerbreit den Rippenrand überragend, schmerzlos. Leib aufgetrieben, druckempfindlich. In der rechten Iliacalgegend fühlt man einen derben Tumor, dessen Grenzen wegen der Spannung des Leibes schwer zu bestimmen sind. Flüssiger, stark blutig gefärbter Stuhl. Der Harn ohne Eiweiss, sauer, specif. Gewicht 1014, Tagesmenge 1700. Temperatur erhöht (38,0 — 39,4°). Die Blutuntersuchung ergab folgendes: Zahl der rothen Blutkörperchen 1,025,000, der weissen: 439,000, so dass auf ein weisses nur 2,3 rothe Blutkörperchen kommen. Mässige Poikilocytose. 97,5 pCt. der weissen Blutkörperchen waren Lymphocyten verschiedener Grösse, den Rest bildeten polynucleäre Zellen. Eosinophile Zellen fehlten.

Am 3. Tage nach der Aufnahme wurden punktförmig Blutungen am harten Gaumen constatirt. Den folgenden Tag traten Symptome von Herzschwäche auf, begleitet von wiederholtem Blutbrechen und Bluthusten. Stuhl beinahe nur aus Blut bestehend. Der Tumor der rechten Iliacalgegend ohne Veränderung. In der Nacht darauf verstarb Patient.

Bei der Section fanden sich hauptsächlich Veränderungen von Seiten der mediastinalen und mesenterialen Lymphdrüsen, die stark vergrössert waren (bis über Wallnussgrösse). zum Theil unter einander verbacken, von grauweisser Farbe, weicher Consistenz und durchsetzt von kleinen Hämorrhagieen. Das Coecum war rings umgeben von Paketen unter einander verbackener Lymphdrüsen, das Lumen desselben verengt und nur für 2 Finger durchgängig. Die Schleimhaut des Coecum war in eine schmutzig graue, markige Masse verwandelt und fehlte stellenweise, so dass die Muscularis sichtbar wurde. Die Schleimhaut des Dünndarms fiel durch Blässe auf, zeigte aber, ausser Schwellung der Solitairfollikel keine Veränderungen. Im unteren Abschnitt des Dickdarms fanden sich grössere Ecchymosen. Die Milz wenig vergrössert, weich, hellroth, Malpighische Körper deutlich sichtbar. Die Leber ebenfalls vergrössert, von gelber Farbe, auf dem Durchschnitt bemerkt man kleine, grauweisse Körner. Die Nieren von normaler Grösse, in der blassen Rindensubstanz einige Hämorrhagieen. Auf der Haut, den Schleimhäuten und serösen Häuten eine grosse Anzahl Petechien. Herzmuskel und Körpermuskulatur zeigen auch reichliche Blutungen. Das Mark der Röhrenknochen im Centrum roth, an der Peripherie durchsetzt von kleinen Blutergüssen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Lymphdrüsen war das ganze Gesichtsfeld von dicht gedrängt liegenden Lymphocyten eingenommen, stellenweise werden Anhäufungen von rothen Blutkörperchen bemerkt. Die Blutgefässe meist erweitert und gefüllt mit Leukocyten. Die Milzpulpa erwies sich zellreicher als normal, die Malpighi'schen Körper vergrössert, die Trabekeln und die Kapsel infiltrirt mit Rundzellen. Ebenso war das interlobuläre Gewebe der Leber infiltrirt, auch hier die Blutgefässe vollgestopft mit Leukocyten, die stellenweise um die Gefässe herum grössere Anhäufungen bildeten und die Leberzellen verdrängten. Aehnliches wurde in der Niere beobachtet, wo sich ausserdem partielle hyaline Entartung der Glomeruli fand.

N. Tschistowitsch: «Ueber Leukolyse».

Bei Einführung von Peptonen, Albuminen, Proteinen ins Blut wird zuerst eine bedeutende Abnahme der Leukocyten mit darauffolgender Leukocytose beobachtat. Diesen Vorgang glaubte Löwit (1892) auf Zerstörung der Leukocyten durch obengenannte Stoffe zurückführen zu müssen und bezeichnete ihn als Leukolyse. Verf. hat zwecks Controlle dieser Anschauung Versuche an Menschen und Kaninchen gemacht. Er stellte einen Tropfen frisch entnommenen Blutes so im Gesichtsfeld des Mikroskops ein, dass 2—3 Leukocyten sichtbar wurden und fügte vom Rande her einen Tropfen verschiedener Substanzen zu. Zu den Versuchen benutzte T. eine 1 pCt. Peptonlösung, 1 pCt. Tuberkulinlösung, 1 tägige Bouillonkultur von Staphyl. pyog. aur., dann Mikrokokkus prodig. in peptonisirter Bouillon. Niemals konnte eine Zerstörung der Leukocyten durch Beifügung dieser Substanzen constatirt werden, auch nicht bei längerer Einwirkung (10—15 Min.).

Die zweite Serie der Versuche wurde folgendermaassen angestellt. Auf bekannte Weise wurde das mit 1/3 pCt. Essigsäure verdünnte, aus der Fingerkuppe des Menschen oder aus dem Kaninchenohr gewonnene Blut gezählt und gleich darauf dasselbe wiederholt, nachdem bei der Verdünnung Pepton, Tuberkulin etc. zugesetzt worden war. Auch hierbei gelang es dem Autor nicht, sich von der leukolytischen Wirkung der Substanzen zu überzeugen, so dass er mit Schultz, Holzmann etc. übereinstimmt, die das Zustandekommen einer Leukolyse in Abrede stellen.

Weyert.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

Band III, Heft 6.

Prof. A. N. Maklakow: «Die Vibration als Art von Massage in der Ophthalmologie».

M. hat Versuche mit der Edison'schen Feder angestellt und ist von den Resultaten äusserst befriedigt, ja begeistert. Die Feder ist ursprünglich dazu bestimmt auf Papier eine Reihe dicht gestellter feinster Löcher zu stechen, sodass man beim Schreiben punktirte Linien erhält, die Farbe durchlassen und ein leichtes Copiren und Vervielfältigen des Geschriebenen ermöglichen. Die Feder ist ein kleiner Elektromotor, der einen mit feiner Nadel endigenden Zeiger in Bewegung setzt. Diese Bewegung ist in Folge der sehr scharfsinnigen Construction des Apparates ganz gleichmässig, die Stösse folgen in gleichen Intervallen, mit ganz gleich bleibender Kraft, die Amplitude beträgt 1/2 Mm., kann aber durch eine geeignete Vorrichtung geändert werden. Die Zahl der Stösse beträgt 9000 in der Minute.

Zuerst hat M. die Feder zum Tätowiren von Hornhautleukomen benutzt und rühmt die Sicherheit, mit der man zeichnen kann, die Schmerzlosigkeit und Schnelligkeit des Verfahrens gegenüber den sonst üblichen. Am Anfang der Stichelung treten kleine Blutungen auf, die aber nicht stören.

Die Schmerzlosigkeit erklärte sich M. dadurch, dass das Auge durch die vielen kleinen, schnell auf einander folgenden Stösse der Nadel tetanisirt wird. Indem er diese Idee weiter verfolgte, kam er dazu, den Apparat zu Tetanisirungs-, resp. Massageversuchen zu benutzen, in der Voraussetzung, dass die Summe der grossen Zahl von kleinen Einzelwirkungen eine bedeutende Wirkung entfalten muss.

An Stelle der Nadel wurden an die Feder andere Ansätze gemacht (erbsengrosse Elfenbeinkugel, Metallplättchen und dergl.) und das Auge entweder unmittelbar oder vermittelst eines kleinen Plessimeters, des Fingers, eines mit Wasser gefüllten Kautschukballons etc. «tetanisirt». Die Resultate waren sehr überraschend und eigenartig. Das Auge wird nicht nur ganz gleichmässig in allen Theilen erschüttert, sondern pflanzt die Erschütterung weiter fort, so dass auf der Stirn, in der Fossa canina etc. Vibration gefühlt wird. Lässt man den «Tetanisator» am limbus corneae einwirken, so beobachtet man sofort eine bedeutende Erweiterung der Krypten der Iris, stärkere Füllung der Gefässe des Circulus iridis minor, Hyperämie der Conjunctiva. punktförmige Extravasate an der Berührungsstelle. Die Flüssigkeit in der vordern Kammer kommt in starke Bewegung, wie man bei pathologischen Beimengungen (Eiter, Blut, Linsenmassen) sehen kann, und wird schnell von den Lymphräumen aufgenommen. In Folge dessen sinkt schon sehr schnell (nach c. 1 Minute) der intraoculare Druck, was mit dem Ophthalmotonometer nachgewiesen werden kann. Diese Wirkung ist dauernd, tritt aber nur ein, wenn vorher der Druck normal oder erhöht war. Pathologisch verringerter Druck wird auf kurze Zeit durch das Tetanisiren erhöht. Den Einfluss des Tetanisirens auf die intraoculare Blutcirculation hat M. noch nicht genau festgestellt, doch lässt sich mit Sicherheit behaupten, dass die Gefässe der Sehnervenpapille früher zu pulsiren beginnen, als bei anhaltendem Fingerdruck auf den Bulbus. — Sehr günstige Resultate hat M. vom Tetanisiren bei verschiedenen Augenkrankheiten gesehen, die sich alle auf die erwähnten Erscheinungen zurückführen lassen. So bei Iritis simplex, Cyclitis, Scleritis und Episcleritis, Keratitis parenchymatosa, Hypopyonkeratitis, traumatischer Katarakt, Trachom (die Trachomkörner werden mit einem reibeisenartigen Metallplättchen bearbeitet). Ueberall werden die Schmerzen schnell gemildert, die pathologischen Exsudate schnell zum Verschwinden gebracht, der Krankheitsprocess meist sehr bedeutend abgekürzt. Die Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

J. Tschuprow: «Resection des Coecum».

Mittheilung zweier von Skliffassowski operirter Fälle.



Der eine betraf einen 28jährigen Studenten mit einem Adenocarcinom. Die Vereinigung der Darmenden geschah, nach totaler Vernähung der Querschnitte, durch seitliche Anastomosenbildung (nach Senn). Der Kranke genas nach Eiterung der Bauchdeckenwunde. Der andre Fall war eine Tuberculose des Cöcum bei einem 43-jährigen Arzt. Nach Resection von 22 Cm. Darm und Lösung von Verwachsungen mit der Blase. wurde das Colon quer vernäht, das Ileum in eine seitlich angebrachte Wunde des Colon implantirt. Tamponade. Die Darmnaht hielt nicht, es bildete sich eine Kothfistel mit Jauchung im retroperitonealen Bindegewebe und der Kranke starb nach 14 Tagen. Bei der Section fand sich noch Tuberculose der Lungen, frische Miliartuberculose des Peritoneum, tuberculöse Darmgeschwüre.

M. Nikiforew: «Ueber Darmverengerung in Folge von Brucheinklemmung».

Nach Besprechung der spärlichen Literaturangaben beschreibt N. 3 von ihm secirte einschlägige Fälle, von denen namentlich die beiden letzten viel Interessantes bieten.

Fall I. 5 Tage alte Incarceration des mittleren Theiles vom Colon transversum in einer Ausdehnung von 5—6 Zoll in einem linksseitigen Leistenbruch. Herniotomie. Tod 6 Tage später an Pneumonie. Die eingeklemmt gewesene Darmpartie ist verdickt, die Mucosa stark pigmentirt. Stenosenerscheinungen waren nicht gewesen.

Fall II. Incarceration einer rechtsseitigen Leistenhernie. Taxis gelingt erst am Abend des nächsten Tages, nachdem die Operation verweigert worden war. Es stellt sich Stuhl ein, aber mit Auftreibung des Leibes und kolikartigen Schmerzen, Temperaturerhöhung, Zeichen chronischer Peritonitis. Unter Inanitionserscheinungen geht Pat. nach 2 Monaten zu Grunde. 2 Fuss über der Valvula Bauhini ist das Ileum in einer Ausdehnung von 11 Cm. verengt, der Darmumfang beträgt hier nur 2—2,5 Cm. Das Darmrohr besteht aus derbem, an der Innenfläche exulcerirten Bindegewebe. Schleimhaut fehlt. Von der Muskelschicht sind nur noch spärliche Reste vorhanden. Die Bindegewebswucherung erstreckt sich auch auf das Mesenterium. Oberhalb der Verengerung ist der Darm ampullenförmig erweitert, die Schleimhaut atrophisch und mit Decubitusgeschwüren besetzt, die als Ausgangspunkt einer fibrinös-eitrigen Peritonitis gedient hatten.

Fall III. Alte linksseitige Hernie, wiederholte Incarcerationen, die letzte im Juli 1892, die nach sehr beschwerlicher Fahrt in die nächste Stadt durch Taxis behoben wird. Am 13. Sept. stirbt Pat. gleich nach seinem Eintritt in die Klinik. Section. Fibrinös-eitrige Peritonitis. 5 Fuss oberhalb der Bauhinischen Klappe ringförmige Verengerung des Dünndarms in einer Ausdehnung von 8—9 Cm., Umfang des Darms an dieser Stelle 3 Cm. Darmwand schiefergrau, besteht aus derbem Bindegewebe mit heerdweise vertheilter kleinzelliger Infiltration, Resten von Muskelfasern; Schleimhaut fehlt. Oberhalb der Strictur Dilatation des Darms, Atrophie und Geschwürsbildung der Schleimhaut. Ein Geschwür ist perforirt und hat die Peritonitis verursacht.

Die Diagnose dieser Darmstricturen ergiebt sich aus der Anamnese, aus den Erscheinungen des chronischen Darmverschlusses, zuweilen, wie in dem Fall von Garrè, einer circumscripten in der Grösse stark variirenden elastischen Geschwulst.

Prof. Ssinizyn: «Pathologische Curiosa aus dem Gebiet der Harn- und Geschlechtsorgane».

Im Anschluss an einen Fall von Ectopia testiculorum cruralis, die im Kindesalter durch Erysipel mit Verlust des Scrotum entstanden war, bespricht S. die Schicksale dislocirter Hoden, die immer in Atrophie und dadurch bedingter Sterilität, ferner in häufigen Entzündungen, Einklemmungen, maligner Degeneration und Hydrocelenbildung bestehen. Die Potentia coeundi ist oft erhalten und soll den Kranken nicht durch leichtsinnige Castration geraubt werden. Die weitschweifigen Auslassungen über die Poesie des Geschlechtsgenusses, die grosse Bedeutung der Hoden für den Typus und Charakter des Trägers etc. können übergangen werden.

T. P. Butjagin: «16 Fälle von Carcinom des Penis.»

Die Fälle stammen aus der klinischen und privaten Praxis von Prof. Ssinizyn. 6 Kranke waren über 60 Jahre alt, 4 über 50 Jahre, 3 über 40 Jahre und 3 über 30 Jahre. Das Leiden bestand 3 Monate bis 3 Jahre, alle Patienten waren Russen. Alle Kranken hatten einen «phimotischen», d. h. von der Vorhaut dauernd bedeckten Penis. Die Geschwulstbildung begann fast immer im Sulcus retroglandularis, ging wahrscheinlich von den zahlreichen dort befindlichen Drüsen aus, verbreitete sich zunächst am innern Vorhautblatt und griff erst später auf die Glans penis über. Die Leistendrüsen waren entzündlich geschwellt, nur einmal carcinomatös degenerirt. Prof. Ssinizyn schreibt localen Ursachen den Haupteinfluss auf das Entstehen des Carcinoms zu; dafür spricht namentlich das ausschliessliche Vorkommen am phimotischen Penis, infolgedessen das reichliche Smegma beständig reizt; auffallend war auch das Entstehen immer an demselben Ort (Sulcus retroglandularis) und der Umstand, dass sämmtliche Patienten die körperliche Pflege sehr vernachlässigten. Möglich, dass dieselben Ursachen, die einmal Papillome hervorrufen (Gonorrhoe) ein anderes Mal bei besonderen Bedingungen Carcinom verursachen. In einem Fall entwickelte sich das Carcinom an der Stelle, wo vor einem Monat ein Papillom entfernt war. Bei der Operation wurden die Leistendrüsen nicht exstirpirt, bis auf einen Fall, in dem das Drüsencarcinom noch vor Entlassung des Pat. sich einstellte. Um so mehr vermisst man Angaben über etwaige Recidive, resp. Metastasen.

A. N. Stukowenkow: «Zur Frage der chronischen Entzündung der Corpora cavernosa penis.»

Beobachtungen an 4 Kranken (der erste Fall sehr genau beschrieben) haben in St. die Ueberzeugung befestigt, dass es eine selbständige chronische Entzündung der Schwellkörper des Penis giebt, ohne specifische Ursache. Er hat weder Syphilis noch Gicht und Diabetes nachweisen können, auch die Abhängigkeit von überstandener oder chronischer Gonorrhoe ist zum mindesten fraglich. Dagegen scheinen Traumen von erheblicher Bedeutung für das Entstehen des Leidens zu sein. Der Process beginnt mit deutlichen entzündlichen Erscheinungen in der Albuginea und verbreitet sich wahrscheinlich längs dem Septum und den Trabekeln in die Tiefe. Der Ausgang ist bindegewebige Induration. Erkrankung der Gefässe, speciell der Venen ist auszuschliessen, da die Erectionsfähigkeit erhalten bleibt; nur eine beim Coitus störende Chorda macht den Kranken zu schaffen. Die Therapie ist gegen die bindegewebige Induration machtlos; im entzündlichen Stadium sind neben specifischer Behandlung, wo die oben genannten Constitutionskrankheiten bestehen, kalte Waschungen, Sorge für regelmässige Stuhlentleerung, Suspensorium, Vermeiden geschlechtlicher Erregung zu verordnen. Dagegen ist Wärme in jeder Form, auch als Compresse échauffante schädlich wegen Hervorrufens von Erectionen.

Casuistische Mittheilungen.

S. Loshetschnikow: Seltene Anomalie einer Katarakta doppelseitiger Altersstaar; auf beiden Augen war die nasale Hälfte, wahrscheinlich in Folge von Colobom der Linse, viel weiter entwickelt als die äussere und von letzterer durch eine scharfe Demarcationslinie getrennt.

F. Bereskin: «Ein Fall von Perforation des Oesophagus und der Brusta orta durch eine Fischgräte.» Tod gleich nach Aufnahme in's Hospital. Sectionsbefund.

P. Borschtschew: «Luxatio vertebrae colli VI.» Pat. war von einem Ochsen in die Luft geschlendert und mit dem Nacken auf die Erde aufgeschlagen. Motorische Lähmung aller 4 Extremitäten; sensible und tactile Lähmung von der Schulterhöhe abwärts; Decubitus sacralis, Reflexe fehlen. Querfortsätze der Halswirbel, vom 6. aufwärts, am Kopfnicker zu fühlen, Processus spinosi nicht palpabel, im Rachen Vorwölbung. Reposition ohne Narkose; Fixation der Schultern in sitzender Stellung des Kranken; Kopf am Nacken und am Kinn gefasst; Hyperflexion nach links, dann Rotation und Neigung nach rechts, darauf, nach hörbarem Einschnappen, dasselbe Manöver in umgekehrter Folge. Tod nach 4 Stunden. Keine Section.

A. Woinitsch-Sjanoshenzki. «Einige chirurgische Fälle aus dem Lgow'schen Landschaftshospital 1890—1892.»

1) Poly- und Makrodaktylia congenita. 2) Pseudohypertrophia musculorum brachii adiposa. — Exarticulation im Schultergelenk, Heilung. 3) Vulnera incisa et puncta laryngis et abdominis. Perforirende Wunden. Heilung. 4) Vulnus laceratum cranii. — Maschinenverletzung, ausgedehnte Entblössung der Dura in der Occipitalregion. Heilung. 5) Lipoma et Hernia lineae albae. — Operation, Heilung. 6) Angioma nasi. 7) Empyema necessitatis sin. Thoracoplastik, Heilung. 8) Empyema necessitatis dextra. Ausgedehnte Rippenresection, Heilung. 9) Vulnus sclopetarium mediastini antici et pulmonis dextri. Complicirt mit Empyem und partieller Lungengangrän. Nach viermonatlicher Behandlung so bedeutende Besserung, dass Lebensgefahr nicht mehr vorliegt.

Wanach.

Дозв. ценз. Спб. 17 Іюня 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1894.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 10—14.

S. Afanassjew: «Klinische Beobachtungen über den Verlauf des Skorbut unter Einfluss der Hydrotherapie und Massage». (Nr. 4—10)

Genaue Mittheilung von 16 z. Th. schweren Fällen von Skorbut, die unter Wannenbehandlung (28° R. 2 Mal tgl.), kalten Einwickelungen, kalten Uebergiessungen im heissen Bade und Massage, besonders der unteren Extremitäten, sich auffalend schnell besserten. Dabei wurde Temperaturerhöhung und Leukocytose beobachtet, welche zwei Erscheinungen A. für die eigentliche Ursache der Genesung hält. Ausserdem glaubt A. auf Grund seiner Untersuchungen die Bildung von immunisirenden Substanzen annehmen zu müssen, bei deren Uebertritt ins Blut, der erhöhte Verbrennungsprocess mehr oder weniger schnell abnimmt.

N. Shiwopiszew: «Ueber den Einfluss der Geburt und Nachgeburtsperiode auf Uterusfibrome». (Nr. 10—11).

Die 29-jährige Patientin (primipara) hatte vor 3 Wochen eine Zangengeburt durchgemacht. Bei der Aufnahme wurden Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes, besonders links gefunden. Fundus uteri 2 Finger breit unterhalb des Nabels. Aus der Vagina bestand starker, übelriechender Ausfluss. Der schlaffe Muttermund war für einen Finger bequem durchgängig. Der Uterus gross, schlaff, empfindlich, besonders links, wo sich eine in die Tiefe des Beckens reichende unbewegliche, harte, kindskopfgrosse Infiltration palpiren liess. Die Grenzen derselben waren schwer bestimmbar. Bei der inneren Untersuchung stiess der Finger auf eine derbe, unbewegliche, ziemlich glatte, gering vorspringende Geschwulst der linken Uteruswand. Ein derselben mit der Zange entnommenes Stückchen zeigte unter dem Mikroscop deutlich fibröse Struktur. — Allgemeinzustand schlecht, Temper. 39,5°.

Trotz täglich wiederholter Uterusspülungen blieb die Sekretion übelriechend und das Exsudat im linken Parametrium nahm zu. Am 12. Tage wurde durch eine 6 Cm. lange Incision parallel dem lig. Pouparti 1½ Glas stinkenden Eiters mit Gewebsfetzen aus dem Abscess entleert. Bei der Ausspülung erwies es sich, dass die Uterushöhle mit dem Abscess kommunicirte. In den folgenden Tagen wurden reichlich nekrotische Gewebsstücke ausgestossen. Am 4. Tage erschien die Geschwulst selbst im inneren Muttermund und konnte leicht mit der Kornzange entfernt werden. Die längliche Geschwulst war 8 Cm. lang, 5 Cm. breit, von derber Konsistenz, und erwies sich als reines Fibrom.

Der Uterus begann nun rasch sich zu verkleinern, die Sekretion nahm ab, wurde geruchlos, die Temperatur fiel. Nach 5 Wochen wurde der Drain aus der äusseren Wunde entfernt und nach 1 Monat verliess die Pat. das Hospital. Der Uterus war zu dieser Zeit apfelgross, seine Höhe 6½ Cm. lang, die Beweglichkeit durch linksseitige Adhäsionen gering behindert.

N. Tschistowitsch: «Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei einer Frau mit entfernter Milz». (Nr. 10).

Der 33-jährigen Frau war im Jahre 1891 die Wandermilz durch Prof. Lebedjew entfernt worden. Nach 2 Jahren wurde sie wegen allg. Schwäche, Kopfschmerzen, Herzklopfen auf die Klinik des Prof. L. Popow aufgenommen, wo leichte Anaemie, geringe Schwellung der Lymphdrüsen und rechtsseitige Spitzeninfiltration konstatirt wurden. An Stelle der Milzdämpfung erhielt man tympanitischen Schall. Die Untersuchung des Blutes ergab 4,3—5,3 Mill. rother Blutkörperchen, Hämoglobinmenge auch normal, sogar eher erhöht, die Zahl der weissen Blutkörperchen erhöht: 9870 vor der Mahlzeit bis 16,343 nach der Mahlzeit, wo besonders die mehrkernigen Neutrophilen und theilweise die Eosinophilen an Zahl zunahmen, während die einkernigen Leukocyten abnahmen.

S. Shiwult: «Ein Fall von Perifolliculitis conglomerata suppurativa». (Nr. 11).

Der 26-jährige, kräftige Bauer erkrankte vor 10 Jahren an obiger Krankheit und hatte verschiedene Kuren durchgemacht, die jedoch ohne Erfolg waren. Syphilis soll nicht vorhergegangen sein. Gesicht, Rumpf, Extremitäten sind bedeckt von Commedonen und Aknepusteln. Ausserdem bemerkt man hier und da ovale und runde, scharf begrenzte Plaques von bräunlichrother Farbe. Die Haut darüber ist verdünnt und lässt kleine Eiterpünktchen durchscheinen, die auf Druck einen Tropfen Eiter entleeren. An anderen Stellen sind runde oder ovale glänzende Narben sichtbar, in die commedonenförmige Pfröpfe eingebettet sind. Subjektive Klagen beschränken sich auf gelinden Juckreiz und Schmerzhaftigkeit. Bei der Differentialdiagnose muss Syphilis ausgeschlossen werden. Auf die Therapie geht S. nicht näher ein.

A. Shiwago: «Ein Fall von Haematomyelia traumatica». (Nr. 11).

Am 6. Juli 1892 wurde in das Golitzynhospital (Moskau) der 38-jährige Patient aufgenommen, welcher am 17. Juni bei einer Knallgasexplosion, weit fortgeschleudert und sofort besinnungslos liegen geblieben war. Bei der Aufnahme in das örtliche Fabriklazareth wurde vollkommene Lähmung aller Extremitäten, am nächsten Tage Temperaturerhöhung und Blasenkatarrh konstatirt. Nach Transferirung des Patienten in obengenanntes Hospital waren Dekubitus der Kreuzbeingegend und des linken Ellbogen, incontinentia urinae, Rücken- und Nackenschmerzen aufgetreten, die den Schlaf störten. Der linke Arm war gering beweglich, der rechte völlig gelähmt, die Nacken- und Schultermuskeln rigid. Die Beine auch nur wenig beweglich. Anaesthesien fehlten. Orts- und Temperatursinn waren normal. Die Hautreflexe der oberen Extremitäten und die Patellarreflexe waren erhöht. Der Urin trübe, eitrig. Die Temperatur subfebril. Am 5. August war der Dekubitus geheilt. Von Ende August wurden Besserung der Motilität des Schultergürtels bemerkt. Ende Oktober wurde der Urin rein und konnte willkürlich entleert werden. Im December konnte Patient stehen und machte Gehversuche. Die Motilität der Arme besserte sich aber nicht und es trat deutliche Muskelatrophie auf. Von Anfang Januar 1893 konnte Patient ziemlich gut gehen.

Die Behandlung (Jodkali, Arsenik, Moxen, Suspension) schien keinen deutlichen Einfluss zu haben. Zum November 1893 war die Motilität der Arme ziemlich ausgiebig, die der Finger noch recht beschränkt. Der Gang war spastisch, die Kraft der Beine aber erhalten, die Haut- und Patellarreflexe erhöht, der Abdominal- und Kremasterreflex erloschen.

Auf Grund dieses Symptomencomplexes kommt S. zum Schluss, dass es sich hier gehandelt hat um einen Bluterguss in die grauen Vorderhörner des Halstheils des Rückenmarks angefangen von der Wurzel des 6. Halsnerven bis zur Wurzel des 2. Brustnerven.

E. Gurin: «Ueber den Ausschluss der grauen Salbe aus dem Gebrauch auf Grund der pharmakologischen Wirkung des Quecksilbers bei Lues und anderen Infektionen». (Nr. 11—12).

Verfasser plaidirt lebhaft für Ausschliessung der grauen Salbe aus der Pharmakopoe und Ersetzung derselben durch die im fetten Constituens leicht löslichen Hg-präparate = Hg-praecip. album, Hg. praecip. rubrum, Hg. oxydatum flavum, Hg. oleinicum, Hg. bijodatum. Namentlich letzteres im Verein mit Kali jodatum in Ol. olivarum oder Ol. ricini gelöst waren empfohlen zur cutanen, subcutanen und parenchymatösen Application. Allen Praparaten ist die gleichmässige Vertheilung im Constituens und leichte Absorptionsfähigkeit eigen. Zum Schluss verbreitet sich Verfasser über die «zertheilende» und desinficirende Wirkung des Quecksilbers.

A. Kadjan: «Ueber die Behandlung der Pylorusstenose nach Verbrennungen». (Nr. 12—13).

Mittheilung von 3 Fällen (aus dem weiblichen Obuchowhospital) bei Frauen von 17, 19 und 32 Jahren. Die Stenose war bei den 2 ersten nach Verbrennung durch Schwefelsäure, bei der letzten durch ein Alkali im Verlauf von mehreren Wochen entstanden. Alle 3 waren stark heruntergekommen und wurden nach «Heinecke-Mikulicz» operirt.

Bei der 32-jährigen Patientin boten sich besonders schwierige Verhältnisse durch die ausserordentlich starke Stenose, so dass K. zuerst das Duodenum eröffnen musste, um von hier aus mit der Sonde in den Magen zu gelangen. Ausserdem liess sich der Pylorus nicht hervorziehen, da, wie es sich später erwies, die narbig veränderte kleine Kurvatur bedeutend verkürzt war. Trotzdem gelang es die Operation zu vollenden. Nach 24 Stunden starb Patientin an Schwäche. Die Section



ergab fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren. Der Pylorus war für einen Finger durchgängig, die Darmnaht hielt.

Im zweiten Fall (17 jährige Pat.) gelang die Operation gut und die Patientin erholte sich zusehends. Anfälle von Dyspepsie, deren Grund wohl in der stark atrophischen Magenschleimhaut lag, besserten sich nach Magenausspülungen. — Der letzte Fall gab ein glänzendes Resultat; die Patientin verliess das Hospital vollkommen gesund 7 Monate nach der Operation und dient jetzt als Krankenwärterin. Auf Grund dieser Kasuistik hält K. die Heinecke-Mikulicz'sche Methode der Pyloroplastik bei Stenose (längs spalten — quer vernähen) für die rationellste und einfachste.

S. Simin: «Ein Fall von Durchbruch einer Lungenkaverne unter die Haut». (Nr. 13).

Der 37-jährige Patient war vor 2 Monaten erkrankt, klagte über Stechen in der linken Seite und Husten. Perkutorisch liess sich Infiltration der ganzen linken Lunge und gedämpft tympanitischer Schall über der Spitze nachweisen. Die Auskultation ergab abgeschwächtes Athmen besonders unten und spärliche Krepitation. Bluthusten, remittirendes Fieber, Nachtschweisse. Nach einigen Monaten klagte Patient über starke Schmerzen in der linken Seite, wo sich in der linea axillaris ant. im Bereich des Unterlappens eine kleine runde, fluktuirende Geschwulst zeigte, die auf Druck leicht krepitirte.

Bei Spaltung des Abcesses entleerten sich ungefähr 2 Esslöffel dicken Eiters. Nach paar Wochen bildete sich eine ähnliche Anschwellung unter der linken Clavicula am Rande des Sternum, die auf des Kranken Bitte nicht eröffnet wurde. Bald darauf ging der Pat. zu Grunde. Bei der Section zeigte es sich, dass die mit der Pleura costalis verwachsene linke Lunge vollkommen infiltrirt und reich an tuberkulösen Kavernen war. Das Mediastinum ant. war von Eiter durchsetzt, der sich durch die Muskeln des I und II linken Intercostalraums und den linken M. pectoralis einen Weg zum Unterhautzellgewebe gebahnt hatte. Der zu Lebzeiten gemachte Schnitt kommunicirte direct mit einer Kaverne von Hühnereigrösse im linken Unterlappen, dicht an der Pleura.

M. Gurewitsch: «Technik der Blutkörperchenzählung». (Nr. 13).

S. Derjushinski: «Aneurysma arteriae radialis manus sin». (Nr. 14).

Nach Referirung der Kübler'schen Arbeit aus der Brunsschen Klinik «Ueber die Exstirpation der Aneurysmen» geht D. zur Beschreibung seines Falles über. Der 24-jährige Patient liess sich wegen einer pulsirenden Geschwulst der linken Hand, die ihm Schmerzen verursachte und die freie Bewegung behinderte, in das Galitzynhospital (Moskau) aufnehmen. Vor längerer Zeit hatte er sich durch Glassplitter die linke Hand in der Gegend der tabatière verwundet, wobei eine heftige Blutung auftrat, die durch Wundnaht gestillt wurde. Nach einigen Tagen bemerkte Patient an Stelle der per primam geschnittenen Wunde eine Geschwulst, die bei der Aufnahme wallnussgross war, von derber Konsistenz, runder Form, beweglich und synchron mit dem Herzstoss pulsirte. Sie lag in der tabatière, an der Uebergangsstelle der a. radialis auf den Handrücken.

Das Aneurysma wurde total exstirpirt (Purmann); die Blutung war gering, die Wunde wurde vernäht. Am 9. Tage Entfernung der Nähte, prima intentio. Die Function der Hand war vollkommen wiederhergestellt. D. schliesst sich der Meinung Küblers an, der die Totalexstirpation des aneurysmatischen Sackes nach Purmann für die rationellste Methode hält.

Weyert.

Russkaja Medicina. № 8—20.

Rosanow: «Die Cholera — eine miasmatische Krankheit». (Nr. 6, 8, 11 und 12).

Verfasser schliesst sich der alten Bryden'schen Theorie an und versucht die in Indien von Bryden gemachten Erfahrungen mit dem Gang der Epidemie in Europa in Einklang zu bringen.

A. Wedenski: «Die gonorrhoischen Erkrankungen der Urethra, des Cervicalcanals und der Bartholin'schen Drüsen bei Prostituirten». (Nr. 9 und 11).

Die Untersuchungen wurden im Kalinkinhospital an 306 Prostituirten ausgeführt und ergaben folgendes Resultat: 179 Frauen (58,5%) litten nur an einem Cervicalcatarrh, die übrigen 127 (41,5%) boten ausserdem noch eine Erkrankung der Urethra oder der Bartholin'schen Drüsen oder der Guérin'schen Taschen (urethritis externa nach Guérin). Ausfluss aus der Urethra wurde in 93 Fällen constatirt, und zwar in 37 Fä… mit Gonokokken (39,8%) und in 56 Fällen ohne dieselben (60,2%). Bei 18 Frauen waren nur die Bartholin'schen Drüsen afficirt, wobei in 13 Fällen (12,7%) das Secret derselben Gon…kokken enthielt. Das Vaginalsecret wurde in 29 Fällen untersucht, in keinem Falle konnten Gonokokken in diesem Secret constatirt werden, obgleich das Secret des Cervicalcanals s…che in grossen Mengen enthielt. Auf die Abwesenheit von Gonocokken im Scheidensecrete haben bereits viele Autoren hingewiesen. — Verf. weist ferner darauf hin, dass 25% der untersuchten Frauen nur einen Cervicalkatarrh aufzuweisen hatten, das Secret enthielt jedoch Gonokokken, so dass die Ansteckungsgefahr vorhanden war; solche Frauen werden gewöhnlich bei der polizeiärztlichen Untersuchung als gesund erklärt und können die Infection verbreiten. Es ist desshalb darauf zu dringen, dass eine mikroskopische Untersuchung des Secrets in jedem Falle vorgenommen werden soll.

J. Hoffmann: «Ueber die Anwendung des Kochsalzes zur Sterilisation und über die Benutzung einzelner Kästchen bei aseptischen Operationen». (Nr. 10).

Statt des von Schimmelbusch empfohlenen Soda's verwendet Verf. 1%-ige Kochsalzlösung; bei 10 Minuten langem Kochen in dieser Lösung werden sogar Milzbrandsporen vernichtet. Verf. hat eine ganze Reihe von metallenen …eckigen Kästchen, in welchen die Instrumente gesondert sterilisirt werden können, anfertigen lassen.

A. Fedorow: «Ein Fall von fibrinöser Bronchitis». (Nr. …)

J. Pantjuchow: «Die kaukasischen Milzen». (Nr. 12—1…)

Verf. hat statistische Erhebungen angestellt um den Einfluss der Malaria auf die Grösse der Milz bei den Einwohnern des transkaukasischen Gebietes festzustellen und die Wirkung solcher Malaria-Milze auf den Verlauf verschiedener Krankheiten zu eruiren. Die Untersuchungen wurden an Verstorbenen im Hospital zu Tiflis angestellt, und zwar wurden Gewichtsbestimmungen vorgenommen. Bei den einheimischen Völkerschaften wurden gewöhnlich grössere Milze gefunden, als bei den anderen (Russen, Deutschen etc.). Das durchschnittliche Gewicht betraf bei Russen 285 Grm., bei verschiedenen einheimischen Stämmen 505 Grm., bei an maligner Malaria Verstorbenen 543 Grm., an chronischer Malaria 790 Grm. Als grösstes Gewicht fand P. bei einem 41-jährigen Griechen 3442 Grm. (Die Leber wog 2814 Grm.). Die chronische Malaria übt einen sehr schlechten Einfluss auf den Verlauf der acuten Infectionskrankheiten aus, so z. B. ist die Mortalität an Influenza, Scharlach, Masern und croupöser Lungenentzündung bei Einwohnern der Malariagegenden 10 mal grösser als die bei Bewohnern malariafreier Ortschaften.

S. Istomin: «Ein Fall von perforirender Stich-Schnittwunde des Leibes mit Vorfall des lädirten colon descendens». (Nr. 12).

27jährige Bäuerin, bekam während eines Streites einen Stich mit einem scharfen Stiefelmesser in den Unterleib. Verletzung des colon descendens (1 Zoll lange Wunde). Laparotomie. Darmnaht. Heilung.

A. Abrashanow: «Zur Frage der Empyemoperation». (Nr. …)

Verf. will die Thoracotomie auch bei tuberculöser Pleuritis ausgeführt wissen, um so mehr, als nach Ziemssen bei Vorhandensein eines grossen eitrigen Exsudates tuberculöse Erscheinungen an den Lungen vorgetäuscht werden können. Mittheilungen eines solchen Falles.

A. Matwejew; «Traumatische Ruptur der Harnblase bei intacten Bauchdecken». (Nr. 13).

J. Kotzyn: «Ueber die Infectiosität der croupösen Pneumonie». (Nr. 14).

Verf. theilt einige Fälle aus der Praxis mit, die die Ansteckungsfähigkeit der croupösen Pneumonie beweisen; er verlangt, dass die Pneumoniker in den Hospitälern isolirt werden sollen, das Sputum soll sofort desinficirt werden; in der Privatpraxis soll der Arzt die Angehörigen auf die Gefahr der Ansteckung aufmerksam machen.

M. Popow: «Zur Lehre von der geschlechtlichen Psychopathie». (Nr. 15—18).

Casuistischer Beitrag.

A. Pawlowski: «Ueber Heilung des Milzbrandes durch künstliche Leucocythose». (Nr. 16).

Vortrag, gehalten zum internationalen Congress in Rom, wird an anderer Stelle ausführlich referirt werden.



J. Wwedenski: «Zur Pathogenese der Rachitis». (N. 17—20).

An einem rachitischen Kinde wurden ausgiebige Stoffwechseluntersuchungen angestellt; insbesondere lenkt W. seine Aufmerksamkeit auf das Verhalten des NaCl. Bekanntlich enthalten die rachitischen Knochen, die dem Knorpelgewebe mehr entsprechen, NaCl in viel grösseren Quantitäten, als die gesunden Knochen. Verfasser hat nun durch eine Reihe von Beobachtungen nachweisen können, dass bei allmählicher Eburnation der rachitischen Knochen, ihr Gehalt an Kochsalz abnimmt, gleichzeitig übersteigt die Menge des im Harn erscheinenden NaCl bedeutend die in den Speisen zugeführte NaCl-Menge; da nun der Kochsalzgehalt des Blutes ein constanter bleibt, so muss angenommen werden, dass die ausgeschiedene überschüssige NaCl-Menge von den rachitischen Knochen stammt. Weiterhin machte W. die interessante Beobachtung, dass bei Verabfolgerung von Leberthran und Jodeisensyrup, der Kochsalzgehalt des Harms abnehme, es erscheint im Harn nur so viel, wie viel dem Organismus einverleibt worden ist (durch Speise und durch reine Kochsalzgaben). Verfasser vermuthet, dass hierbei der Kochsalzüberschuss zur Bildung der Salzsäure in den Magendrüsen Verwendung findet.

A. Pawlowski: «Zur Behandlung der Tuberkulose des Bauchfells, der Gelenke und des Unterhautzellgewebes durch künstliche Leucocythose». (Nr. 18).

Verfasser hat zur Behandlung der oben angeführten Leiden subcutane Injectionen von Papayotin, Abrin und Ricin verwendet, Substanzen, die bekanntlich starke positive Chemotaxis besitzen und einen eclatanten Effect bei Behandlung des Milzbrandes aufweisen. Die Untersuchungen, welche an Meerschweinchen und Kaninchen angestellt worden waren (es wurden 1—2½ pCt. Lösungen der Substanzen verwendet) ergaben, dass das Abrin die experimentell erzeugte Tuberkulose zu hemmen vermag und zwar wirkt es in dieser Beziehung stärker, als das Papayotin; in vielen Fällen wurden die inficirten Thiere völlig geheilt; in anderen Fällen wurde die Entwickelung der Tuberculose aufgehalten, es kam zur Bildung von grossen von Narbengewebe eingehüllten Knoten, in deren Centrum Tuberkelbacillen eingeschlossen waren.

Abelmann.

Jeshenedelnik (Wochenblatt). № 1 – 22.

Grusenberg: «Ueber den jetzigen Stand der Frage hinsichtlich der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis». (Nr. 2).

Verf. giebt einen historischen Ueberblick über Entwickelung des operativen Verfahrens bei Gallensteinen und führt die verschiedenen Erfolge und Modificationen verschiedener Autoren an. Nach Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Gallenblase und den Gallengängen, kommt Verf. auf die üblichen Operationsverfahren zu sprechen, die Modificationen derselben und die Statistik. Verf. hat 299 Fälle aus der Literatur gesammelt: auf die zweizeitige Cholecystostomie fallen 44 Fälle, auf die einzeitige 120, Cholecystotomie 42, Cholecysto-Enterostomie 12, Exstirpation der Gallenblase 60, Choledochotomie 20.

Mortalität 20 pCt., Genesen 54 pCt., die Uebrigen gebessert oder nicht radical geheilt.

W. Obraszow: «Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Palpation des intestinum ilei, der Mesenterialdrüsen beim Abdominaltyphus». (Nr. 3).

Verf. ist es oftmals gelungen den Theil des Dünndarms als verdickt, schmerzhaft durchzufühlen, welcher aus dem kleinen Becken kommend, parallel dem lig. Poupartii ziehend, in's Coecum übergeht. Ebenfalls konnte O. oftmals die vergrösserten Mesenterialdrüsen durchfühlen. Hierher gehörten fast nur Fälle mit ungünstigem Verlauf, so dass Verf., falls der Palpationsbefund positiv ausfällt, eine schlechte Prognose zu stellen geneigt ist.

Gurjan: «Hydrotherapie bei Lungenschwindsucht». (Nr. 4).

Bei 61 Pat. angewandt, wobei 47 gebessert wurden; Gewichtszunahme, Besserung des Allgemeinbefindens und zuweilen ergab auch die physikalische Untersuchung objective Besserung.

A. Anufriew: «Uterusrupturen und der Ausgang derselben in Abhängigkeit von der dargebrachten Hilfeleistung». (Nr. 5).

Nach einem statistischen Ueberblick über das Vorkommen der Uterusrupturen in den verschiedenen Ländern, führt Verf. an, dass in Warschau in der geburtshilflichen Klinik auf 3391 Geburten 18 Uterusrupturen vorkamen, d. h., auf 188 Geburten eine Ruptur. Verf. berichtet über einige Fälle, wo bei Ruptur die Laparotomie vorgenommen wurde und verwirft diese Methode.

A. Natanson: «Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der perniciösen Anaemie bedingt durch die Anwesenheit von Parasiten». (Nr. 6).

Verf. hat 3 Fälle beobachtet, wo sich bei Bestehen von perniciöser Anaemie Blutergüsse auf dem Augenhintergrund fanden. In den Ausleerungen fanden sich in Zersetzung begriffene Bandwürmer. Das toxische Agens ruft Fieber hervor. Die Untersuchung gehärteter Schnitte unter dem Microskop zeigte, dass der Bluterguss in der Netzhaut sich meist an den Verlauf eines Gefässes hält, längliche Gestalt hat und die oberflächlichen Schichten einnimmt.

S. Shirmunsky: «Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohrs und Labyrinthes». (Nr. 7).

Bei frischen Erkrankungen des Labyrinthes ist die wohlthätige Wirkung des Pilocarpins nicht zu leugnen. Möglichst frühzeitig soll die Behandlung mit Pilocarpin eingeleitet werden. Bei veralteten Erkrankungen und den sog. trockenen Catarrhen der Paukenhöhle ist Pilocarpin subcutan oder in die Paukenhöhle injicirt ohne Nutzen.

W. Potejenko: «Beobachtungen über das Hydrarg. sozojodolicum bei Syphilis». (Nr. 8).

Besondere Vorzüge hat dieses Präparat vor anderen Quecksilberpräparaten nicht.

W. Walter: «Zur Casuistik der acuten Polyneuritis». (Nr. 9).

Ein casuistischer Fall: ziehende heftige Schmerzen, Parese der oberen, später der unteren Extremitäten, schliesslich Parese aller Muskelgruppen. Atrophie und Entartungsreaction, fehlende Sehnen und Hautreflexe, Analgesie, unbedeutende Anaesthesie, Ortsinn erhalten, hysterisch-hypochondrische Stimmung. Temp erhöht, Puls frequent.

M. Zitrin: «Zur Aetiologie der Angina Ludovici». (Nr. 10).

Mittheilung eines Falles, wo nach Einlegen von mit concentrirter Carbolsäure getränkter Watte in cariöse Zähne rapid eine phlegmonose Schwellung und Entzündung der tiefer gelegenen Partieen entstand.

Starke Schwellung und Abstossung der durch die Einwirkung der Carbolsäure geätzten Schleimhaut, brettharte Infiltration der vorderen und seitlichen Halspartieen. Nach 3 Tagen Tod. Verf. nimmt an, dass hier die Aetzung der Schleimhaut und die sich darauf entwickelnde eitrige Infiltration als aetiologisches Moment anzuschuldigen ist. Nebenbei mögen die cariösen Zähne in ursächlichem Zusammenhang stehen.

Günzburg: «Der künstliche (gesetzlich gestattete) Abort nach der Methode von Peltzer bei schwerer Blutung der Schwangeren». (Nr. 10).

In zwei Fällen wurde Glycerin (90 Grm.) zwischen Eihäute und Uteruswand durch einen Catheter injicirt, nach kurzer Zeit traten Wehen ein. Bald nach der Injection steigt die T° oft, um bald darauf wieder abzufallen.

E. Grizun: «Ueber die Behandlung der Syphilis mit Einreibungen von Salbe und Seife aus Calomel». (Nr. 11).

Verf. folgte anfangs den Vorschriften Quinquand's indem er Calomel in Form eines Pflasters anwandte (Cal. (1000,0; Empl diach. 3000,0; Ol. Ricini 300,0). später wandte er Calomel in Salbenform an (Ruata und Bovero). G. brauchte folgende Mischung: Calomel. vapor. paral. 117,5; Butyr. Cacao 100,0; Lanolini 50,0; Axung. benzoat. 32,5.

In drei Fällen zeigten sich nach der ersten Einreibung Spuren von Quecksilber im Harn (nach der Methode von Stukowenkow), drei Mal konnte man kein Hg. nachweisen. Nach wiederholten Einreibungen konnte man $^{1}/_{8}$ bis $^{1}/_{3}$ mgr., höchstens $^{2}/_{3}$ mgr. Hg. nachweisen. Alsdann wurde Calomel in Seifenform (Cal. 1 Theil, sapo kalin. 2 Theile) gebraucht.

Beide Anwendungsweisen gehören zu der «schwachen Methode», d. h. die Einführung des Hg. ist eine geringere als bei der gewöhnlichen Schmiercur und sind demnach da anzuwenden, wo eine energische Cur nicht erwünscht ist. Die Bereitung der Seife hat seine technische Schwierigkeiten.

A. Kotschetkow: «Zwei Fälle von Uterusruptur». (Nr. 12).

Im ersten Fall trat die Kreisende mit der Ruptur in die Klinik ein, hochstehender Kopf, keine Herztöne, Perforation. Tod am 9. Tage. Peritonitis, totale Uterusruptur rechterseits in beträchtlicher Ausdehnung. Die microskopische Untersu-



chung ergab eine hochgradige interstitielle Metritis; diese sowohl, wie die räumlichen Missverhältnisse schuldigt Verf. als ursächliches Moment für die Ruptur an. Im zweiten Fall handelt es sich um eine 4-Gebärende, die eine Nacht hindurch Wehen hatte, diese stellten sich bald ein, zur Geburt kam es nicht, ärztliche Hilfe konnte nicht beschafft werden. Nach 6 Tagen wurde die äusserst übelriechende Placenta ausgestossen, wobei oft Schüttelfröste eintraten. Nach 2—3 Wochen bildeten sich 3 Abscesse an den Bauchdecken, aus denen Knochenfragmente ausgestossen wurden. Bei der Untersuchung erwies sich in der Nabelgegend eine thalergrosse Oeffnung, aus der eine übelriechende Flüssigkeit floss, in der Tiefe fühlte man Knochen und gangraenöse Fetzen. Ausserdem eine Blasen-Scheidenfistel. Operation: Erweiterung der Bauchfistel und Ausräumung der in Zersetzung befindlichen Kindstheile stückweise. Genesung.

Th. v. Schröder: «Ueber die mechanische Behandlung des Trachoms». (Nr. 13).

Historischer Ueberblick und Mittheilung persönlicher Erfahrungen der mechanischen Behandlung des Trachom mittelst Reiben mit einem Metallpinsel. Einige Hundert Pat. sind auf diese Weise behandelt. In einer Sitzung werden die Follikel durch Reiben entfernt, und Sublimatcompressen (1:6000) aufgelegt. Niemals hat Verf. Hornhautaffectionen beobachtet und führt diese auf die unzweckmässige Construction des Pinsels oder die nachherige Anwendung von Aetzmitteln zurück.

D. Worobjew: «Zur Pathologie der Milchsecretion». (Nr. 14).

Mangelhafte Milchsecretion bei einer 32 jährigen hysterischen Wöchnerin, erst am 13. Tage des Puerperiums nach Anwendung der Electricität stellte sich eine ergiebigere Secretion ein. Verf. schreibt die mangelhafte Secretion einem vasomotorischen Spasmus der Gefässe zu, der entweder in der hysterischen Anlage der Wöchnerin oder in der Verabfolgung von Secale cornutum und Application von Jodoform auf den Dammriss seinen Grund hatte.

P. Bobrowsky: «Ueber Fremdkörper im Rachen und den Athmungswegen bei Kindern». (№ 15).

Mittheilung zweier casuistischer Fälle. In dem einen Fall gerieth ein Fremdkörper in den Kehlkopf eines 2 jährigen Kindes. Im rechten Oberlappen bildete sich eine Dämpfung abgeschwächtes Athmen; im 2. Intercostalraum links hörte man bei der Inspiration ein klappendes Geräusch, heftige Hustenanfälle mit Athemnoth. Tracheotomie. Bei einem neuen Hustenanfall wurde der Fremdkörper hinausgeschleudert — Im 2. Fall traten ähnliche Erscheinungen bei einem 7-monatlichen Kinde ein, wo vermuthet wurde, dass ein Apfelkern oder ein Stückchen vom Kerngerüst in den Kehlkopf gelangt war. Tracheo-Laryngotomie und Heilung.

A. Subow: «Ein Fall von Grippe mit periodisch auftretender Hyperaemie des Gehirns». (№ 16).

Im Laufe einer grippösen Erkrankung traten periodisch Anzeichen von Gehirnhyperaemie ein, die kamen und bald wichen.

A. Günzburg: «Bemerkung zur Behandlung der Pustula maligna». (№ 16).

Verf. hat 20 Fälle von Pustula maligna im Verlauf von 4 Jahren beobachtet; er empfiehlt aufs Wärmste die Anwendung des Paquelin. Unter 20 Fällen ein Todesfall.

M. Novack: «Ein Fall von Lepra tuberosa und anaesthetica mit Europhen behandelt». (№ 16).

Verf. injicirte täglich subcutan eine 5 pCt. Lösung von Europhen in Glycerin in die einzelnen Knoten. 91 Injectionen wurden gemacht. Im Verlauf von 6 Wochen, schwanden die Knoten fast ganz, es blieben nur Infiltrate, die Sensibilität kehrte wieder.

W. Koshucharew: «Aetiologie und Prophylaxe der Pellagra». (№ 17).

Verf. constatirt das Umsichgreifen der Pellagra in den südlichen Provinzen Russlands und schuldigt, wie meist angenommen wird, den Gebrauch verdorbenen Maismehls an.

M. Schiperowitsch: «Zur Aetielogie der ‚spontanen Eiterung' der Ovarialcysten». (№ 18).

Bei einer 26-jährigen Bäuerin stellte sich 2½ Monate nach einem glücklich durchgemachten Abdominaltyphus eine Vereiterung der schon vorher bestehenden Ovarialcyste. Bei der Probepunction erhielt man eine eitrige Flüssigkeit, bei der die bacteriologische Untersuchung auf Typhusbacillen positiv ausfiel.

B. Feinberg: «Zur Casuistik der Todesfälle in der Nachgeburts-Periode in Folge von Embolie der Lungenarterie». (№ 19).

F. berichtet zwei Fälle, bei beiden war die Geburt normal verlaufen (bei der einen nur eine geringe Blutung intra partum), ebenso das Wochenbett. Am 6. und im anderen Fall am 8. Tage plötzlicher Tod. Man fand bei der Section Thromben in den venae uterinae, im 2. Fall in den venae oophoricae und verschleppte Thromben in der arteria pulm.

N. Fenomenow: «Zur Frage über die Embryotomie. Durchschneidung des Schlüsselbeins (Cleidotomie)». (№ 20).

Verf. bespricht die Schwierigkeiten, wenn nach Ausstossung des Kopfes, der Rumpf nicht bald folgt, wobei falsche Einstellung der Schultern und übermässige Entwickelung des Kindes die Hauptschuld trägt. Verf. war bei der Geburt eines 5600 Grm. wiegenden Kindes zugegen. Wenn alle Bemühungen, den Rumpf zu extrahiren nicht zum Ziel führen und das Hinderniss in der abnorm entwickelten Schulterbreite liegt, proponirt F. die Durchtrennung der clavicula. Nach Abdrängen des Kopfes auf eine Seite geht man mit der halben Hand ein und sucht die Clavicula auf. Die andere Hand führt unter Deckung der in der vagina befindlichen Hand eine Scheere (vom Verf. zu diesem Zwecke modificirt) ein, welche die Clavicula mit den Weichtheilen durchscheidet. Dieselbe Operation führt man auf der anderen Seite aus. Der Schultergürtel ist nun in seinem Umfang so reducirt, dass er unter Druck von aussen, Traction und event. unter Zuhilfenahme des stumpfen Hakens leicht folgt. Zur Illustration wird ein Fall angeführt, in dem bei Beckenenge ersten Grades der Kopf durch die Zange extrahirt wurde. Da der Rumpf auf keine Weise folgte, wurde an dem mittlerweile abgestorbenen Kinde beiderseits die Cleidotomie gemacht, worauf der Rumpf mit Leichtigkeit extrahirt werden konnte. Das Kind wog 5300 Grm., das Schultermaas zeigte einen Umfang von 14 Ctm.

W. Worobjew: «Zur Casuistik der Beschäftigungsneurosen». (Nr. 21).

Drei Fälle von Beschäftigungsneurose (Clavierspiel).

W. Laman: «Zur Frage über die Katalyse, als eine selbstständige Behandlungsmethode». (Nr. 22).

Die Katalyse steht mit der Electrolyse in Beziehung, als klinisches Factum ist dieselbe nicht wegzuleugnen.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje № 10, 11 u. 12

M. Blumenau: «Ein Fall von Athetose». (№ 10).

Bei einem 21-jährigen Soldaten entwickelte sich nach einem schweren Trauma (Fall aus bedeutender Höhe) linksseitige Hemiplegie und Hemiathetosis; Verfasser führt diese Symptome auf einen Bluterguss mit nachfolgender Encephalitis in der Hirnrinde zurück.

J. F. Selenew: «Ueber den Einfluss der Syphilis und des Quecksilbers auf das Blut». (№ 10).

Verfasser beschäftigt sich seit einer Reihe von Jahren mit dieser wichtigen Frage; es wurden tägliche Blutuntersuchungen angestellt und zwar zu verschiedenen Perioden. 1. in der Periode der 2. Incubation. 2) Während des Bestehens der Exantheme und 3) während der Quecksilbercur. Auf Grund zahlreicher Beobachtungen schliesst S. Folgendes: 1) Quantitative Veränderungen des Oxyhaemoglobins, der rothen und weissen Blutkörperchen werden im Verlauf des 2. Incubationsstadiums lange Zeit vor dem Auftreten des Exanthems beobachtet. Zunächst beginnt eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, dann macht sich ein Sinken des Procentgehalts an Haemoglobin bei den rothen Blutkörperchen geltend; bald darauf vermindert sich auch die Zahl der rothen Blutkörperchen. 2) Diese Veränderungen werden noch markanter im Floritionsstadium (roseola, papulöse und pustulo papulöse Syphilide) insbesondere sinkt die Menge des Oxyhamoglobin um 4—6 pCt. (nach der Scala des Glan'schen Apparates) zuweilen noch niedriger; beim Ablassen und Verschwinden der Exantheme bleibt der niedrige Procentgehalt bestehen, um bei Recidiven noch niedriger zu sinken. Die Leucocythose kann, noch bevor die oberflächlichen Lymphdrüsen anschwellen, constatirt werden.

Was die Veränderungen des Blutes unter dem Einflusse des Quecksilbers betrifft, so fand Verf., dass schon bei der ersten Injection von Hydrargyrum benzoicum nach 6—8 Stunden eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen und deren Haemoglobingehaltes, dagegen eine Verminderung der Zahl der weissen



Blutkörperchen constatirt werden können. Diese Thatsache bestätigte sich vollauf bei den weiteren Experimenten. Werden die Injectionen fortgesetzt (nach 10 — 15 Inj.) so nimmt die Zahl der rothen Blutkörperchen allmählich wieder ab, hält sich jedoch der Norm sehr nahe, dagegen nimmt die Zahl der weissen Blutkörperchen stetig zu, und zwar sogar nach dem Sistiren der Injectionscur.

Näheres über die Art der Einwirkung des Quecksilbers ist im Original nachzulesen.

A. Todorski: «Ueber die Blutcirculationsverhältnisse im Hirn während des epileptischen Anfalles». (№ 10).

Die Experimente wurden an Hunden angestellt; die Auslösung der Krämpfe geschah entweder durch Reizung der Hirnrinde mittelst inductiven Stromes oder durch Injection von Absinthessenz in's Blut (essence d'absinthe). Näheres über die angewandten Untersuchungsmethoden sind im Original nachzulesen. Verf. bestimmte den Blutdruck, daneben beobachtete er die Veränderungen in der Herzthätigkeit und der Athmung. In Fällen, wo die epileptiformen Krämpfe durch Reizung der Hirnrinde mittels Inductionsstromes bei nicht curaresirten Thieren hervorgerufen worden waren, beobachtete T. einige Secunden nach der Reizung eine Erhöhung des Blutdruckes in der Carotis und in der vena jugularis externa oder im sinus sagitt. dur. matr. Der venöse Druck bleibt während der ganzen Dauer der Reizung erhöht. Im Stadium der tonischen Krämpfe wird abermals eine Erhöhung des arteriellen Blutdruckes beobachtet; der venöse Blutdruck steigt dabei langsamer an und erreicht die Acme zu Beginn der klonischen Zuckungen, fällt dann langsamer als der arterielle Blutdruck ab; zu Ende des comatösen Stadiums erreicht der venöse Druck die Norm. Ganz dieselben Verhältnisse werden auch an künstlich respirirten oder curaresirten Thieren beobachtet.

P. Postnikow: «Ueber die Radicaloperation der Spina bifida». (№ 11).

Beschreibung eines Falles von spina bifida sacro-lumbalis. Operation, Verschluss des Defectes durch Osteoplastik nach der von Prof. A. Bobrow angegebenen Methode. (Transplantation von Knochenlamellen aus dem os ileum).

A. Ssolowjew: «Ovarialkystom, complicirt mit einer Umbilicalhernie; doppelseitige Ovariotomie und Radicaloperation der Hernie. Genesung.» (№ 11).

T. Krassnobajew: «Ein Fall von Epitheliom der Nase bei einem 12-jährigen Knaben.» (№ 12).

Die Geschwulst nahm die Nasenspitze, die äussere Bedeckung beider Nasenflügel die Nasenscheidewand sowie den mittleren Theil der Oberlippe ein; auch auf dem harten Gaumen fanden sich einzelne epitheliale Knötchen. Starke Schwellung der Unterkifer und Hals-Lymphdrüsen. Mikroskopisch konnte K. in den Geschwulstmassen Carcinomperlen nachweisen.

A. Langowoi: «Ueber den Parasiten des Intermittens». (№ 11).

Untersuchungen des Blutes auf die bekannten Laveran'schen Gebilde, einige morphologische Daten und Untersuchungsmethoden speciell Färbungsmethoden.

J. Wychodzew: «Borshom als klimatischer Curort für Lungen- und Nervenleidende.» (№ 11).

Borshom gehört zu den malerischen Gegenden des Kaukasus 2607—2637 Fuss über den Meeresspiegel gelegen. und zwar in einem Engpass, so dass der Ort von allen Seiten geschützt ist; im Verlauf des ganzen Jahres herrscht ein mildes Klima, die Temperatur der Luft ist nur sehr geringen Schwankungen ausgesetzt; auch die täglichen Temperaturschwankungen sind sehr gering; starke Winde kommen gar nicht vor. Die Kranken können sich den ganzen Tag über in freier Gebirgsluft aufhalten. Verf. ist der Ansicht, dass tuberculöse Individuen das ganze Jahr hindurch dort wohnen können; auch für neurasthenische Personen und Kranke, die mit den verschiedensten nervösen Erkrankungen behaftet sind, ist Borshom empfehlenswerth.

Abelmann.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

Band IV, Heft 1.

Prof. O. A. Rustizky: «Kurzer historischer Ueberblick über die Entwickelung der Chirurgie».

Der Vortrag ist eine Antrittsvorlesung, der R. im vorigen Jahr in Kasan gehalten hat. Aufgefallen sind 2 Dinge: die Nichterwähnung von Thiersch bei der Beschreibung der Transplantation und das Citat zum Schluss: «Uebung macht Maister».

P. Tichow: «Osteome der Nasenhöhlen».

Eine tüchtige und fleissige Arbeit, in der die Literatur über das Thema seit dem Erscheinen der Bornhaupt'schen Arbeit (1881) nachgetragen und zu einer kleinen Monographie des Leidens verarbeitet ist. Ausserdem theilt T. 2 neue von Prof. Rasumowski mit Erfolg operirte, aber noch nicht ganz abgelaufene Fälle mit. In beiden handelt es sich um Tumoren, bis zur Grösse von 2 Fäusten eines erwachsenen Menschen, die vom Siebbein ausgehend in die linke Nasen-, Stirnbein- und Highmorshöhle, im ersten Fall auch in die Keilbeinhöhlen geweitert waren, den Bulbus des linken Auges horizontal nach aussen und vorn gedrängt hatten; im ersten Fall war das Auge phthisisch zu Grunde gegangen. Beide Fälle betreffen sonst gesunde, kräftige Frauen im Alter von 20, resp. 26 Jahren; das Leiden bestand 11 und 6 Jahre, hatte mit Nasenbluten und Schwellung am innern Augenwinkel begonnen.

Die technischen Schwierigkeiten der Operation waren theils durch die grosse Härte der Geschwulst, theils durch starke Blutung sehr bedeutend. Beide Patienten hatten noch über einem Jahr, resp. 5 Monaten, granulirende Höhlen, die plastisch und durch Prothese geschlossen werden sollten. Ueber das Schlussresultat verspricht T. noch zu berichten.

L. P. Alexandrow: «Operative Eröffnung des Rückenmarkkanals bei tuberculöser Spondylitis. Laminectomie.

Der von A. operirte Fall ist folgender. 7 jähriger Knabe, seit 4 Monaten krank, seit 3 Wochen paraplegisch. Gibbus im Bereich des 5. bis 7. Brustwirbels. Nach 2 monatlicher conservativer Behandlung keine Besserung. Laminectomie. Eröffnung eines tuberculösen Abscesses mit 2 kleinen Sequestern an der Hinterfläche des Körpers des 6. Brustwirbels. Auskratzung, Jodoformglycerin Drainage, Naht Guter Wundverlauf; der nur temporär resecirte Bogen des 6. Wirbels heilte gut an. Geringe Besserung der Paraplegie in den folgenden 2 Monaten, dann wieder Verschlimmerung und Entlassung. Das weitere Schicksal des Kranken ist nicht bekannt. — Trotzdem räth A. zu operativem Eingreifen, wenn mit conservativer Behandlung in 1—2 Monaten keine Besserung der Drucksymptome bei Spondylitis erzielt werden kann.

A. Bogajewski: «Resection des Pylorus. 3 Fälle dieser Operation wegen Krebs».

Die Mittheilung ist erfreulich, da sie beweist, wie auch in den kleinen Landhospitälern grosse Chirurgie getrieben wird. 2 von den beschriebenen Fällen starben, der eine an Shok, der andere (nicht secirt) wahrscheinlich an Perforation der Gallenblase, die verwachsen war und vom Tumor abgelöst werden musste. Der dritte Fall genas glatt, die Kranke befindet sich nach einem Jahr vollständig wohl. Die Technik bot nichts Bemerkenswerthes. Die Operation wurde streng aseptisch gemacht.

Casuistische Mittheilungen.

Martynow theilt einen Fall von Transplantation nach Thiersch mit.

Brandwunden auf den Unterschenkel eines gesunden Mädchens wurden mit Hautlappen gedeckt, die andern gesunden Individuen entnommen waren; die Lappen heilten zunächst an, stiessen sich aber nach einigen Wochen wieder ab. Bei einer Wiederholung der Operation dasselbe Resultat. Erst als die Lappen von der Patientin selbst genommen wurden, trat definitive Heilung ein.

A. Matwejew: «Cystis glandulae parotis dextrae».

Ueber die Genese ist aus der Beschreibung nichts Sicheres zu entnehmen. Operation brachte Heilung.

M. Margulies: «Fall von vermeintlichem Fremdkörper in der Trachea».

Pat. gab mit grösster Bestimmtheit an, dass ein Stück der Trachealcanüle, die er seit 16 Jahren trug, in die Trachea gefallen sei. Alles Suchen, auch in Narkose, war vergeblich, jedoch hörten alle subjectiven Beschwerden auf die Versicherung hin, der Fremdkörper sei extrahirt worden, dauernd auf.

L. Warnek: «Zur Casuistik der Bauchchirurgie».

1. Fibrom der hintern Scheide des Musc. rectus abdominis. Exstirpation sammt dem anliegenden, mit der Geschwulst verwachsenen Peritoneum parietale. Heilung. 2. Fall von Exstirpation einer Wandermilz, die mit den Beckenorganen ver-



wachsen war und als subseröses Uterusfibrom imponirte. Genesung. 3. Perforirende Bauchwunde mit Darmvorfall, verursacht durch ein grosses Stück Zucker das Pat. in der Tasche trug und auf das sie mit dem Bauch fiel. Reposition des Vorfalls. Heilung. 4. Multiple Echinococcuscysten der Beckenorgane, des grossen Netzes und Mesenterium. Exstirpation aller Blasen, Heilung nach Eiterung und Incision zweier später entwickelter Cysten. Wanach.

Wojenno-Medicinskij Journal. Januar 1894.

N. Wosskressenski: «Die chirurgische Behandlung der Empyeme».

Mittheilung aus dem Militärhospital zu Elissawetpolsk. Im Ganzen wurden 27 Fälle beobachtet, bei allen wurde Thoracotomie mit Rippenresection ausgeführt. Es genasen 16 und starben 7 (30,4%). An der Hand dieses Materials bemüht sich W. einige noch unentschiedene Fragen zu beantworten. 1. Wo soll man den Schnitt anlegen? Am geeignetsten schien dem Verf. der Schnitt an dem hinteren Theil des Thorax und zwar in der Scapularlinie. 2. Wann soll man operiren? Wenn man auch zugeben muss, dass je früher die Operation ausgeführt wird, um so besser es für den Patienten sei, so kann Verf. Arcangeli nicht bestimmen, der den günstigen Ausgang der Operation nur der frühzeitigen Ausführung derselben zuschreibt; W. erzielte Heilung auch in Fällen, wo die Thoracotomie 3 sogar 4 Monate nach Beginn der Erkrankung ausgeführt worden war. 3. Soll in allen Fällen die Resection der Rippe gemacht werden? Wird der Schnitt in der Scapularlinie geführt, so muss schon unbedingt die Rippe resecirt werden, weil der Intercostalraum sehr eng ist, die Muskulatur dagegen eine dicke Schicht darstellt; aber auch bei seitlichen Schnitt wird man gewöhnlich die Resection anschliessen müssen, damit nicht später eine Behinderung des freien Eiterabflusses eintrete. 4. Wie soll man verfahren, wenn nach ausgeführter Rippenresection es sich erweist, dass noch abgekapselte Eiterherde vorhanden sind? Soll man eine zweite Thoracotomie entsprechend dem Eitersacke ausführen, oder soll man versuchen von der ersten Wunde aus die Adhaesionen zu zerreissen? Liegt der zweite Eiterherd nach vorne von der Resectionsöffnung, so genügt es häufig die pleuralen Stränge, die also die hintere Wand des eingekapselten Eiterherdes darstellen, zu zerreissen, der Eiterabfluss ist dann gesichert. Ganz anders verhält es sich jedoch, wenn ein abgekapselter Eiterherd hinter der Resectionsöffnung liegt; in diesem Falle wird nach Zerstörung des Sackes bei Rückenlage des Patienten der freie Eiterabfluss nicht stattfinden können, weil die Oeffnung im oberen Theil des Sackes zu liegen kommt, sehr häufig musste Verf. in solchen Fällen einen zweiten Fistelgang anlegen. 5. Soll man die Empyemhöhle mit desinficirenden Lösungen auswaschen?

Entgegen Runeberg fand W., dass vorsichtige Ausspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten keine schädlichen Folgen nach sich ziehen, im Gegentheil konnte man häufig Temperaturabfall im Anschluss an eine Sublimatausspülung constatiren. — Was die Probepunktion anlangt, so führt W. dieselbe am Scapularwinkel zwischen Scapula und Wirbelsäule aus und zwar bedient er sich dazu immer eines Troicarts.

N. Wosskressenski: «Zur Lehre von der Hühnerblindheit.»

Verfasser hat im Verlauf der letzten 3 Jahre 258 Soldaten an epidemisch auftretender Hemeralopie behandelt und an der Hand dieses Materials schildert er den Verlauf und die Behandlung dieser Krankheit. Wesentlich Neues wurde dabei nicht eruirt. Die Behandlung bestand in absoluter Ruhe (Dunkelcur) guter Ernährung. Wurden die Soldaten ambulatorisch behandelt, so dauerte die Hemeralopie viel länger; im Lazareth dagegen verloren sich die Erscheinungen sehr rasch. Irgend welche Beziehungen der Hemeralopie zum Scorbut oder zum Intermittensfieber konnte W. nicht nachweisen.

W. Okunew: «Ueber die Häufigkeit der Coincidenz von Erkrankungen des Ohres, der Nase, und des Nasenrachenraumes bei Soldaten.»

Statistischer Bericht aus dem Nicolai-Militärhospital. Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Krankheiten des Ohres, nam. die chronischen Otitiden sind fast in $^9/_{10}$ aller Fälle von chronischen Affectionen der Nase, des Rachens und des Pharynx begleitet, oder gehen letzteren voraus. 2. Die häufigsten und hartnäckigsten sind die submucösen und hypertrophischen Formen des chronischen Katarrhs dieser Organe. 3. Die beste Behandlungsmethode ist das Ausbrennen und Auskratzen. 4. Die frühzeitige Behandlung der chronischen Katarrhe der Nase, und des Nasen-Rachenraumes verhindert das Zustandekommen der Otitiden und verleiht den Soldaten einen besseren Habitus.

Wassily Krawkow: «Die fibrinöse Pneumonie in den Regimentern der Rjasan'schen Garnison (Winter und Frühling 1892—1893)».

Statistischer Bericht.

Abelmann.

Medicina. № 14—19.

N. Gundobin: «Ueber die Dentition». (Nr. 14—16).

Eingehende Würdigung und Recension der bekannten Kassowitz'schen Arbeit über Dentitionserscheinungen.

Im Allgemeinen schliesst sich G. der Auffassung von Kassowitz an, jedoch ist er der Meinung, dass manche locale Erscheinungen, wie z. B. die gingivitis und stomatitis der Dentition zugeschrieben werden können. Sonst nichts Neues.

S. Dwornitschenko: «Ueber die Differenz des menschlichen Blutes von dem der Säugethiere bei gerichtlich-medicinischen Untersuchungen». (Nr. 14—15).

Angaben über Untersuchungsmethoden und characteristische Unterschiede. Näheres im Original nachzulesen.

P. Kowalewski (Prof.): «Historische Berichtigung in der Lehre vom Verhältniss der Syphilis zur progressiven Paralyse». (Nr. 17).

Verf. weist darauf hin, dass Esmarch und Jessen mit Unrecht als diejenigen Autoren bezeichnet werden, die zuerst die Syphilis als aetiologisches Moment der progressiven Paralyse erkannt haben; vielmehr gehört die Priorität in dieser Frage dem französischen Autor Bayle.

S. Kofmann: «Zur Lehre von der Luxation und der Resection des Talo-Cruralgelenkes». (Nr. 17).

Angabe einer neuen Resectionsmethode, siehe Centralblatt für Chirurgie 1894, Heft II.

A. Smakowski: «Ueber die grundsätzlichen Indicationen bei Behandlung von Infectionskrankheiten». (Nr. 18 u. 19).

Die hauptsächlichste, wichtigste Indication ist nach S. — die möglichst rasche Entfernung der Stoffwechselproducte der specifischen Mikroorganismen aus dem Körper. Schon die alten Aerzte hatten auf empirischem Wege Arzneimittel gefunden und in Anwendung gebracht, die der obigen Indication genügen, so die abführenden, harn- und schweisstreibenden Mittel. S. wendet seit Jahren Calomel an und zwar in Dosen von 0,06 stündlich bis reichliche Ausleerungen erfolgen; hiermit ist es ihm meistentheils gelungen die schweren, lebensgefährlichen Formen der Infectionskrankheiten in mildere Formen überzuführen.

Besonders glänzend bewährte sich diese Behandlungsmethode bei Abdominaltyphus, Flecktyphus und bei croupöser Pneumonie. Kommt ein Patient mit Abdominaltyphus in Behandlung, so sorgt Verf. zunächst für gute Luft, sorgfältige Reinlichkeit in der Umgebung des Kranken; er verordnet morgendliche und abendliche Abreibungen des ganzen Körpers mit Essigwasser. Eisblase auf den Kopf, Priessnitz'scher Umschlag auf den Leib, mehrmals täglich Wein. Diät: Milch und Bouillon. Sind von vorneherein Symptome von Herzschwäche vorhanden (schwacher Puls, dumpfe Herztöne), so verordnet S. vor der Calomelcur Infus. fol. Digitalis ex 1,0:200,0. Am anderen Tage wird Calomel à 0,06 stündlich gereicht, bis ausgiebiger Stuhlgang erfolgt, gleichzeitig gurgeln die Patienten fleissig mit Kali chloricum. Häufig verordnet noch S. später als Desinficiens und antidiarrhoicum: Naphtoli pur. 0,1, Magist. Bismuthi 0 5 — 4 mal täglich in Kapseln zu nehmen. Auch bei croupöser Pneumonie wendet S. zunächst Calomel an bis ausgiebiger Stuhlgang erfolgt, geht dann bald zu Digitalis und Analepticis über; letztere müssen zuweilen schon vor dem Calomol verabreicht werden; den afficirten Lungenpartien entsprechend wird ein Vesicator gesetzt. — Die beigefügten Krankengeschichten illustriren die günstige Wirkung dieser Behandlungsmethode; es finden sich darunter sehr schwere Fälle, und doch konnte der Krankheitsverlauf durch Calomel umgestimmt werden.

Abelmann.

Довв. ценз. Спб. 30 Іюля 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

Wratsch. № 12—23 incl.

L. Mertens: «Einige klinische Beobachtungen über die Wirkung des Allylsulfocarbamids oder Tiosinamins auf Lupus vulgaris und Psoriasis». (№ 12, 13 und 14).

Hebra hat dieses Mittel zuerst angewandt; Verf. behandelte 10 Lupuskranke und 2 mit Psoriasis Behaftete. M. stellte in 60° Spiritus eine 15 pCt. Lösung her und injicirte von dieser anfangs 0,003 bis zum Maximum von 0,16 in die Glutaeen über einen oder zwei Tage. Einige Kranke erhielten Tiosinamin innerlich. 5 Mal traten recht schmerzhafte Infiltrationen in der Nähe der Injectionsstelle ein. Die therapeutische Wirkung war doch eine recht langsame. Die Lupusknoten zerfielen wohl recht rasch unter der Einwirkung der Injectionen, die Geschwüre aber zeigten sehr geringe Tendenz zur Heilung, nie konnte man eine Verkleinerung der geschwollenen Lymphdrüsen constatiren. Auf die Bestandtheile des Harns war das Mittel ohne Einfluss, die tägliche Harnmenge war vermehrt. Tiosinamin ist nicht im Stande den Lupus zu heilen, kann nur unter Zuhülfenahme anderer äusserer Mittel den Process günstig beeinflussen. Tiosinamin wirkt diuretisch.

W. Okunew: «Zur Geschichte der Frage von der Schallleitungsfähigkeit des Knochens und einige neue Angaben in Betreff der Anwendung zu diagnostischen Zwecken». (№ 15, 16 und 17).

Den früher (Wratsch № 48 und 49, 1893) angegebenen Apparat zur Untersuchung der Schallleitungsfähigkeit des proc. mastoid. hat Verf. modificirt und zur Untersuchung der Leitungsfähigkeit der Highmors- und Stirnhöhle brauchbar gemacht. Wie aus einigen Krankengeschichten hervorgeht findet sich bei Erkrankungen dieser Höhlen gleichfalls eine abgeschwächte Schallleitungsfähigkeit. Acute eitrige Entzündungen der Pankenhöhle und Exacerbationen chronischer Otitiden mit Temperaturerhöhung geben einen kürzeren dumpfen Schall. In zwei Fällen von einseitiger chronischer Lungenspitzenschrumpfung zeigte die Auscultation des Kammertones welcher durch den Brustkorb geleitet wurde auch eine Differenz. Die infiltrirten Gewebe leiteten den Schall besser, als das lufthaltige normale Lungengewebe.

A. Portnow: «Ein Fall von Fractur der Wirbelsäule im Gebiete des letzten Brustwirbels und Zertrümmerung der Knochen des Fussgelenkes mit Ausgang in Genesung». (№ 15).

Fall von 10 Meter Höhe, Zertrümmerung des einen Fussgelenkes und Fractur der Wirbelsäule in der Höhe des 10. Brustwirbels. Unter zweckmässiger Behandlung unter Extension Heilung nach 5 Wochen ohne Störungen.

J. Bloch: «Ueber die Anwendung starker Digitalis-Infuse bei Erkrankungen der Lunge». (№ 15 und 16).

Verf. verwirft als wirkungslos die gewöhnlich verordneten kleinen Digitalisdosen (0,5—0,75 : 200,0). Grosse Dosen (4,0 bis 8,0 : 240,0; Petresco und Traube) wirken auf acute Lungenerkrankungen sehr gut, coupiren bisweilen die weitere Entwickelung einer Lungenentzündung. Während der Puls langsamer wird, ist die Athemfrequenz erhöht (Reizung des n. Vagus). 6,5 Digitalis verlangsamten den Puls nur auf 90 bei croupöser Lungenentzündung. Verf. hat bis zu 13,0 während des Krankheitsverlaufes verordnet und nie üble Folgen gesehen, selten veranlassten Erbrechen und Durchfall das Einstellen der Behandlung mit grossen Digitalisdosen, mit denen er 21 Pneumoniker behandelte. Nur im kindlichen Alter (bis zum 1 Jahr) und nach dem 60. Lebensjahr sind grosse Dosen contraindicirt. Gebrauch von kleinen Dosen wochenlang ist eher schädlich als nützlich.

L. Scheiniss: «Behandlung der Syphilis mit gallussaurem Quecksilber». (№ 15).

47 Syphilitiker wurden behanhelt; gallussaures Hg. wurde in Pillenform 0,1—0,2 pro die verabfolgt 4—6—8 Wochen hindurch. Manchesmal konnte man nach Tagesfrist Hg. im Harn nachweisen. Ueble Nebenerscheinungen treten nicht ein.

E. Libersohn: «Zur Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane bei chronischem Morphinismus». (№ 15 und 16).

An der Atrophie der drüsigen Elemente (Magen-Darmtractus) nehmen die Brustdrüsen (Lewinstein) Theil. Ebenso atrophirt das Gewebe des Uterus, Unfruchtbarkeit und Unregelmässigkeiten in der Menstruation sind eine häufige Folge. Jedoch ist kein Symptom pathognomonisch und constant bei chron. Morphinismus zu finden, es variiren vielmehr die Symptome derart, dass sich kein zusammenfassendes Bild aufstellen lässt. L. hat einen Fall beobachtet, wo im Gegentheil die Gebärmutter hypertrophisch war. Wahrscheinlich übt Morphium keine specifische Wirkung auf das Uterusparenchym aus, ebenso wohl kaum auf das Ovarialgewebe, wohl aber auf die innervirende Thätigkeit der das Ovarium versorgenden Nerven, womit das Aufhören der Ovulation, Menstruation und Conception zusammenhängt.

M. Maximowitsch: «Zur Frage über die Verunreinigung der Dielen in Heilanstalten durch Mikroben». (№ 16).

Vorläufige Mittheilung.

Auf ein Quadr.-Meter fanden sich im Mittel auf der Diele der Krankenzimmer 22,750000, im Corridor 158,830000, in den Abtritten 35,900000, in einem Grm. Staub 66,130000 Microben. Die Mehrzahl erwies sich als Saprophyten, doch fanden sich auch Tuberkelbacillen (in 42,8 pCt.), der Staphylococcus und Pneumococcus. Von dem Charakter der Oberfläche der Dielen hängt die Anzahl der Microben ab.

K. Koslowsky: «Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf das Blut Syphilitischer und gesunder Menschen». (№ 16).

Vorläufige Mittheilung.

Die Zahl der rothen Blutkörperchen erleidet keine constante Abweichung, ebenso die der weissen. Nach dem Gebrauch von Hg. fällt der Procentsatz der überreifen Formen im Blut des Gesunden, im Blute der Syphilitiker steigt derselbe.

G. Wlaew: «Ueber einige Veränderungen des Blutes bei Erkrankungen der Leber». (№ 16).

Vorläufige Mittheilung.

Bei Individuen mit malignen Neubildungen in der Leber schwankte die Zahl der weissen Blutkörperchen zwischen 20,000 bis 40,000, die der rothen zwischen 850,000 bis 3,000000. Der Haemoglobingehalt (Fleischl) 20—40 pCt. Bei Lebercirrhose fanden sich 3—4 Mill. rothe Blutkörperchen und 12,000 bis 17,000 weisse, Haemoglobingehalt 50—70 pCt. Bei einem Individuum mit Echinococcus der Leber fanden sich keine erhebliche Abweichungen.

Stolz und Popow: «Zur Frage über die erhöhte Schädlichkeit der Choleravibrionen und über die die durch dieselben hervorgerufene sog. Blutvergiftung bei Thieren». (№ 16, 18, 21 und 22).

Die Frage, ob die Choleravibrionen sich in dem Blut von Thieren entwickeln können, wird auf Grund von Beobachtungen anderer Autoren und eigner Versuche der Verf. bejaht. Die Bedingungen, welche die Entwickelung begünstigen und eine Blutvergiftung hervorrufen, sind nicht genügend bekannt. Ob die Thierspecies, der verschiedene pathogene Charakter der Vibrionen oder die verschiedenen Bedingungen der Einverleibung des Infectionsmaterials ausschlaggebend, ist noch dahingestellt. In einigen Fällen ruft der Cholerabacillus bei Thieren Erscheinungen hervor, die sehr ähnlich der Blutvergiftung sind, in anderen treten die Erscheinungen der Intoxication in den Vordergrund.

W. Krawkow: «Ueber die Resultate der Einreibung der Haut mit Guajacol und Creosot bei fieberhaften Krankheiten». (№ 16).

Vorläufige Mittheilung.

2 Typhöse und ein Phthisiker wurden zwecks Herabsetzung der Temperatur mit Guajacol und Creosot behandelt. Bei Einreibung mit Guajacol (20 Tropfen) hielt sich die Temp. 1—3 Stunden auf der Norm, mit Creosot (20 Tropfen) 3—4 Stunden, mit Creosot-Vaselin 1 Stunde, mit Creosot in wässriger Lösung weniger als eine Stunde. Der Temperaturabfall — oft auf 3 Grad — ging unter starkem Schweissausbruch vor sich. Verf. hat nie Collapserscheinungen beobachtet.



W. Baratz: «Zur Frage über Maassregeln im Kampf mit der Blenorrhoe neonatorum». (№ 17).

Die indolente, unwissende Dorfbevölkerung muss durch Schriften populären Inhalts über die verderbliche Krankheit aufgeklärt werden. Verf. proponirt dasselbe Verfahren, wie es in Havre gebräuchlich ist: sobald bei der betreffenden Behörde die Geburt eines Kindes angezeigt wird, erhält der Ueberbringer der Meldung ein Schriftchen, das auf die schädlichen Folgen einer nicht behandelten Blenorrhoe aufmerksam macht.

M. Cholowinskaja: «Rechenschaftsbericht über die Untersuchung von Prostituirten auf der Station Samokatsk im Nishni-Nowgorod'schen Gouvernement». (№ 17).

Statistische Angaben.

P. Enko: «Das Newa-Wasser in Beziehung zur Erkrankung an Abdominaltyphus in Petersburg». (№ 17).

In einem Institut, in dem jährlich durchschnittlich 350 Mädchen internirt waren, erkrankten im Zeitraum von 4 Jahren (1888—1892) 103 Mädchen an Typhus abdominalis. Als, veranlasst durch das Auftreten der Choleraepidemie, das Verbot erging, ungekochtes Wasser zu trinken, erkrankten in 2 Jahren nur 2 Mädchen, welche nachweislich (ausser dem Hause) rohes Wasser getrunken hatten; ebenso nahm die Frequenz der Magen-Darmerkrankungen merklich ab. Besonders disponirt zu typhösen Erkrankungen sind Angereiste, wenn sie das verunreinigte Newa-Wasser trinken. Daher die dringende Mahnung in Petersburg nur gekochtes Wasser zu trinken.

D. Shbankow: «Ergebnisse der Landpraxis». (№ 18 und 19).

Ein sich auf alle Gouvernements erstreckender Rechenschaftsbericht über Ausgaben, Anstellung von Personal, Einrichtung der Hospitäler etc.

W. Grusdew: «Ustilago maydis, — ein Mittel, welches die Wehenthätigkeit des Uterus erhöht». (№ 19).

Dieses Mittel ist früher angewandt worden, später aber in Vergessenheit gerathen. Verf. hat dasselbe bei zehn Geburten wegen Wehenschwäche angewandt. Sowohl in der Periode der Austreibung als auch zur Eröffnungszeit wurde Ulstilago maydis in Form einer Tinctur zu 20—40 Tropfen verabfolgt und, wie Verf. behauptet, nicht ohne Erfolg. Nach 25—30 Minuten tritt die Wirkung ein; die Uteruscontractionen nehmen einen physiologischen Character an.

M. Kasansky: «Bemerkung über die Grösse der Urethralbougies und Catheter». (№ 19).

Angabe, wie man den Durchmesser einer gegebenen № eines Bougies oder Catheters berechnet, respect. die Relation zwischen französischer und englischer feststellt.

N. Gamalei: «Heteromorphismus der Bacterien unter dem Einfluss der Lithionsalze». (№ 19 und 20).

Unter Heteromorphismus (analog der gebräuchlichen Bezeichnung in der Zoologie) versteht G. das Auftreten morphologisch verschiedenartiger Bacterien ein und derselben Species unter gewissen äusseren Bedingungen. Bei Zusatz von 0,5—1,0 LiCl. zu einer Cholerabouilloncultur bemerkte G. eine Reihe heteromorpher Bacterien, die im Allgemeinen drei Typen darstellen. Am zahlreichsten waren gigantartige Spirillen vertreten. Diese zeichneten sich durch ihre beträchtliche Dicke und Länge aus und waren um ihre eigne Achse stark gedreht. Daneben fielen kugelförmige oder amöboide Formen auf, die bald auffallend blass, bald stark gefärbt erschienen und manches Mal einen körnigen Inhalt mit krystallinischem Glanz erkennen liessen. Die dritte Form stellte ein filzförmiges Gewebe dar, das aus unzähligen feinen Fädchen bestand. Hin und wieder machte diese Form den Eindruck, als sei dieselbe nur ein Ausläufer der oben beschriebenen Spirillen. Der Typhusbacillus zeigte bei Zusatz von Lithion zur Bouillon oder Gelatine genau dieselben Verhältnisse. Andere Bacterienarten dagegen, wie die Milzbrand- und Diphtheriebacillen zeigten keine Neigung zum Heteromorphismus. Andererseits fehlte dieser bei den Cholera- und Typhusbacterien bei Zusatz von Natron, Kalium, Caesium und Rubidium. Was die Lebensfähigkeit der gefundenen, heteromorphen Bacterien betrifft, so muss man sich dahin entscheiden, dass die gigantartigen Zellen wohl lebensfähig sind, da sie ihre Eigenart beim Ueberimpfen auf gewöhnliche Nahrgelatine behalten; in Betreff der anderen Gebilde ist die Frage ihrer Lebensfähigkeit nicht entschieden.

K. Wagner: «Wie oft trifft man Fälle von mangelhaftem Salzsäuregehalt im Magensaft». (№ 20).

Unter 216 Fällen fand W. in 39 d. h. 18 pCt. vollkommene Abwesenheit von HCl., davon waren 6 Carcinome. Auf Grund dieses Befundes will Verf. die Bedeutung des Salzsäuremangels für die Diagnose des Magenkrebses eingeschränkt wissen. In 12 Fällen fand sich Anacidität: die Magenschleimhaut secernirt weder HCl. noch Pepsin, in 21 Fällen bestand Hypacidität: die HCl.-Absonderung ist sehr gering oder = 0, die Pepsin-Absonderung aber geht vor sich. Individuen mit ungenügendem Säuregehalt des Magensaftes sind mehr disponirt zu infectiösen Erkrankungen, wie Typhus, Cholera, Tuberculosis etc. W. neigt zu der Ansicht, dass Salzsäuremangel ein disponirendes Moment für die Entstehung eines Magencarcinoms darstellt und nicht umgekehrt, dass der Salzsäuremangel die Folge eines Carcinoms ist.

A. Kudrjaschew: «Einige Resultate aus den Beobachtungen über Zahncaries bei ambulatorischen Patienten der I. chirurgischen Abtheilung des klinischen Militär-Hospitals». (№ 20).

Statistische Angaben nach Alter, Stand etc. und Besprechung der zur Entwickelung der Zahncaries disponirenden Momente.

L. Belljarminow: «Noch einige Worte in Betreff der fliegenden oculistischen Colonnen». (№ 21).

Verf. tritt einigen Einwänden entgegen, die von mancher Seite, wie es scheint unberechtigterweise, erhoben sind und hebt nochmals den geschaffenen Nutzen hervor.

M. Blumenau: «Ueber Hysterie bei Soldaten». (№ 21 u. 22).

Verf. führt 12 genau beschriebene Fälle an, von denen mancher den Typus einer hysterischen Erkrankung darstellt auch Fälle von grande hysterie sind vertreten. Die einzelnen Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.

A. Archangelskaja: «Kurzer Bericht über die zweijährige chirurgische Thätigkeit in dem Kreishospital von Petrowsk». (№ 22 und 23).

Der Bericht macht den Leser mit den localen Verhältnissen und Einrichtungen bekannt und giebt einen Ueberblick über die von A. (einer Aerztin) ausgeführten Operationen.

B. Dolganow: «Zur Behandlung der eitrigen Erkrankung der cornea mit subconjunctivalen Injectionen von Parachlorphenol». (№ 23).

Vorläufige Mittheilung.

Die Injectionen von Parachlorphenol beeinflussen die eitrige keratitis in günstiger Weise, beschleunigen den Heilungsprocess und setzen die Schmerzhaftigkeit herab. Das Mittel wird in 1—2 pCt. wässriger Lösung oder 5 pCt. Glycerin-Lösung angewandt. Von der wässrigen Lösung werden 1—2 Theilstriche einer Pravaz'schen Spritze unter die Conjunctiva injicirt.

N. Krawkow: «Ueber einen Stoff, welcher die Jodreaction bei Amyloid giebt». (№ 23).

Die Unbeständigkeit und Ungleichmässigkeit der Jodreaction verschiedener Theile eines amyloid degenerirten Organes, wobei sich durch die mikroskopische Untersuchung die verschieden reagirenden Gewebsabschnitte als gleichmässig degenerirt nachweisen lassen, lässt die Vermuthung aufkommen, ob die Reaction nicht von dem Amyloid, sondern von einem Eiweisskörper herrührt, der noch nicht erforscht ist.

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildeten amyloid degenerirte Milzen und Leber, die mit künstlichem Magensaft mehrere Tage hindurch behandelt wurden. Das ausgetrocknete und fein gestossene Amyloid-Pulver wurde bei einer Hitze von 120—130° C. in geschmolzenen Röhren erwärmt. Dabei geht ein bedeutender Theil des Amyloides in die Lösung von bräunlicher Farbe und honigartigem Geruch über. Der nach Eindampfen entstehende Rückstand giebt charakteristische Jodreaction, bei längerem Erwärmen spaltet derselbe einen Bestandtheil ab, der noch durch Jod gefärbt wird, der übrig gebliebene Theil aber lässt sich nicht färben. Wird dieser getrocknet, erhitzt und mit Aether extrahirt, so erhält man eine amorphe Masse, die mit Jod eine schöne Rothwein-Färbung giebt und nicht stickstoffhaltig ist. Ob dieser Bestandtheil mechanisch oder chemisch am Amyloid gebunden ist, ist schwer zu sagen.

Lingen.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 15—26.

D. Grigorjew: «Ueber pathologisch anatomische Veränderungen der Organe bei Cholera.» (№ 8—16.)

Fleissige, die reiche einschlägige Literatur genau berücksichtigende Arbeit über die Veränderungen an Herz, Leber, Niere von 9 im Marien-Magdalenenhospital im August 1893



verstorbenen Cholerakranken. G. kommt zu folgenden Resultaten. Im Nierenparenchym finden sich häufig Blutaustritte. Die Malpighi'schen Körperchen werden schon am ersten Tage der Erkrankung afficirt: das Kapselepithel schwillt, degenerirt körnig und desquammirt. Am zweiten Tage tritt die fettige Degeneration des Epithels deutlich hervor. Das Epithel der gewundenen und geraden Kanälchen degenerirt und zerfällt nekrotisch in den ersten zwei Tagen, worauf eine theilweise Regeneration folgen kann. Das Bindegewebe kann stellenweise zunehmen, die Gefässwände dagegen werden nicht afficirt. In der Leber wird stets, besonders deutlich am zweiten Tage ein eigenartiges Pigment angetroffen, das in der Nähe der Centralvenen angehäuft wird und dessen Herkunft unbekannt ist. Die Fetttröpfchen der Choleraleber finden sich erst am zweiten Tage in mässiger Anzahl. In einigen Fällen kommt es zur Nekrose der Leberzellen. Die Blutgefässe sind erweitert, die Gallengänge wenig verändert. Das Herz zeigt am zweiten Tage fettige Degeneration der Muskelfibrillen. Wenn der Tod am vierten Tage oder später eintritt, findet sich unbedeutende, körnige Degeneration des Muskels. In der Umgebung der Muskelkene lagert sich vom zweiten Tage an gelbliches Pigment ab.

N. Obraszow: «Die temperaturerhöhende Behandlung.» (№ 15—17.)

Verf. tritt lebhaft ein für eine rationelle Durchführung der hydrotherapeutischen und Heissluftbehandlung, lobt namentlich den von Eichhorst angegebenen Schwitzkasten, dessen Anwendung er in der Landpraxis sehr zweckmässig fand, führt aber zum Beweis des gesagten nur einige wenige Krankengeschichten an.

W. Beckmann: «Klinische Untersuchungen über den diagnostischen Werth der vermehrten Indikanausscheidung bei Eiterungen.» (№ 16—18).

Ist in der Pbg. medicin. Wochenschrift № 27 und 28 veröffentlicht.

N. Ssaweljew: «Ueber Aceton im Mageninhalt bei Erkrankungen des Magens.» (№ 17—18).

S. untersuchte in der Senator'schen Klinik zu Berlin bei 15 Patienten, die an verschiedenen Magenkrankheiten litten (Ektasie, Ulcus, Carcinom, Gastritis, Dyspepsie) den Mageninhalt nach Reynolds und Loben auf Aceton und erhielt ein negatives Resultat, im Gegensatz zu Jaksch und Lorenz. Daher hält er die Bildung von Aceton im Magen für ein selteneres Vorkommniss, als es manche Autoren annehmen möchten und spricht der Reaktion eine praktische Bedeutung bei der Diagnose von Magenkrankheiten ab.

L. Mursin: «Ein Fall von epithelioma nasi.» (№ 18).

Die Neubildung nahm den linken Nasenflügel der 29-jährigen Patientin ein und war nach Trauma (3 Wochen nach dem Fall auf die Nase) entstanden, von harter Konsistenz, ohne regressive Veränderungen, und zeigte nach Excision bei der mikroskopischen Untersuchung das typische Bild des Epithelioms.

D. Gorochow: «Medicinischer Bericht über das Dmitrowsche Landhospital im Moskauer Gouvernement.» (№ 19.)

P. Krestowsky: «Ein Fall von secundärer Peritonitis nach Cholera asiatica». (№ 19).

Die 36-jährige, früher stets gesund gewesene Patientin wurde den 1. December 1893 mit Cholera in das Alexander-Barackenhospital aufgenommen. In den Ausleerungen liessen sich Kommabacillen nachweisen. Am 8. Tage fing Patientin an über Schmerzen im unteren Abschnitt des Abdomen zu klagen, die am folgenden Tage zunahmen. Die Temperatur war normal, Uebelkeit oder Erbrechen fehlten. Am 11. Tage collabirte Pat. und starb. Bei der Section wurde im kleinen Becken eine geringe Menge grünlichen Eiters gefunden, der auch theilweise die Darmschlingen bedeckte. Die Schleimhaut der unteren Hälfte des collum uteri, der vagina und der kleinen Schamlippen war schmutzig grau verfärbt, an einigen Stellen nekrotisirt. Es handelte sich also um eine, von der die Cholera complicirenden Gangraena vulvae ausgehende Peritonitis.

O. Essen: «Die Cholera 1893». (Nr. 20—21).

Genauere statistische Angaben über die von August bis Ende October 1893 im weiblichen Obuchowhospital aufgenommenen 104 Cholerakranken, von denen 60 (58 pCt.) starben. Bei 74 (71 pCt.) wurde Cholera gravis, bei 30 Cholera levis konstatirt. Von ersteren starben 78 pCt., von letzteren 6,6 pCt. 32 Fälle gingen in Typhoid über. Die Mehrzahl stand im Alter von 31—40 Jahren. Was die Art der Infection anlangt, so geben circa die Hälfte aller Kranken den Genuss rohen Wassers an. Bei allen begann die Erkrankung mit Erbrechen und Durchfall, die allerdings oft schon bei der Aufnahme aufgehört hatten. In 54 schweren Fällen wurden bereits im Ausstrichpräparat der Fäces charakteristische Kommabacillen gefunden. Von 28 mikroskopisch untersuchten leichten Fällen gaben 17 ein positives, 11 ein negatives Resultat. Von letzteren konnten 4 Mal typische Cholerakulturen gezüchtet werden. Autor geht nun genauer auf die einzelnen Symptome und Komplikationen ein. Von letzteren mögen folgende erwähnt sein. Enteritis diphther. in 7 tödtlich verlaufenen Fällen, Pneumonia cat. und Pneumonia croup. zu je 4 Mal, alle im Typhoid verstorben, 1 Mal Gangraena vulvae et vaginae, ebenfalls während des Typhoids. 9 Patientinnen waren gravidae: bei 2 bestand Cholera levis und sie genasen, ohne dass die Schwangerschaft (4 und 8 Monat) unterbrochen wurde, die übrigen waren an Cholera gravis erkrankt. Bei 5 von ihnen erfolgte Abort resp. partus praemat. Exantheme, meist an Erythema maculosum erinnernd, wurden 9 Mal beobachtet und traten in der 2. Woche auf. Die Behandlung bestand in heissen Wannen, Excitantien, Desinficientien, hohen Klysmen, hatte aber keinen sichtbaren Einfluss.

J. Hagen-Torn: «Ein durch Massage geheilter Fall von Dysphagie». (Nr. 20).

H. wurde zu einer 35 jährigen stark heruntergekommenen Frau gerufen, die 4 Tage vordem 2 Flaschen kalten Meths getrunken und bald darauf Schluckbeschwerden, Speichelfluss und Athembehinderung empfunden hatte. Bei näherer Untersuchung erwies sich, dass die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand hyperämisch und ödematös war. Bei Palpation liess sich Oedem der Schleimhaut der Epiglottis, des Schlundes und Anaesthesie derselben nachweisen. Am Halse wurde eine auf Druck empfindliche Stelle in der Gegend des Oesophagus gefunden. Die Kranke war nicht im Stande, einen Schluck Wasser zu nehmen, bei dem geringsten Versuch wurde dasselbe regurgitirt. In der Annahme, dass es sich hier um ein in Folge thermischen Reizes entstandenes entzündliches Oedem der Schleimhaut des Oesophagus handele, versuchte H. Massage des Halses, besonders im Verlauf des Oesophagus und sah sein Bemühen nach 15 Minuten von Erfolg gekrönt: die Patientin konnte schlucken. Am nächsten Tag war nach wiederholter Massage der Schlingakt vollkommen normal.

G. Durdufi: «Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der trophischen Nerven. Einige Bemerkungen über das Wesen der Akromegalie. (Nr. 21—22).

Bei einseitiger Resektion des vagus junger Hunde, die bei erwachsenen Hunden keinerlei Veränderungen hervorruft, beobachtete D. Störungen in der Ernährung der betreffenden Lunge (Hyperämie, Blutergüsse, Infiltration) und darauf folgenden Tod, der um so schneller eintrat, je jünger das Thier war, wobei keine Zeichen von Schluckpneumonie gefunden werden konnten. Ausserdem beginnt am 7.—8. Tage nach einseitiger Durchschneidung eine diffuse, bald intensiv milchig werdende Trübung der Hornhaut der entsprechenden Seite, die gegen Ende der zweiten Woche auch auf die Hornhaut des anderen Auges übergeht. Dieses führt D. indessen auf eine Läsion des Halssympathicus zurück, der bei Hunden mit dem Vagus so innig zusammenhängt, dass eine Freipräparirung nicht gut möglich erscheint. Bei jungen Kaninchen hat die einseitige Durchschneidung des Halssympathicus ein verstärktes Wachsthum des entsprechenden Ohres zu Folge, das übrigens nicht von der durch Lähmung der Vasoconstrictoren verursachten Hyperämie des Organs, sondern von einer Einwirkung der trophischen Nerven abhängt. Letztere haben die Aufgabe, die Ausgabe des Ernährungsmaterials so zu reguliren, dass bei möglichst kleinem Verlust ein maximaler morphologischer und physiologischer Effect erzielt wird. Hieran schliesst D. einige Betrachtungen über Akromegalie, deren Wesen er in pathologischen Veränderungen des trophischen Nervensystems sehen möchte.

E. Botkin: «Ueber die Löslichkeit der weissen Blutkörperchen in Pepton». (№ 22).

Autor fügte zu frischem Eiter eine 10 pCt. Peptonlösung hinzu und konnte direct unter dem Mikroskop beobachten, wie die weissen Blutkörperchen allmählich durchsichtiger wurden, die Granula theilweise verschwanden und einzelne unter ihnen grösser und glänzender wurden. Dasselbe wurde bei Zufügung von 10 pCt. Peptonlösung zu frischem Blut beobachtet. In mit Gentianaviolett gefärbten Trockenpräparaten von Blut, die verschieden lange Zeit im Thermostat oder bei Zimmertemperatur gestanden hatten, sah B. eine deutliche Abnahme der Zahl der Leucocythen, die zuerst diffus gefärbt erschienen mit deutlichen Granula, nach 21 Stunden die diffuse Färbung verloren hatten und nach 48 Stunden nur durch blass gefärbte Granula erkennbar waren. Endlich mischte B. direct in einem Mélangeur (Thoma-Zeiss) Blut mit sterilisirter 10 pCt. Peptonlösung, in einem zweiten Blut mit physiologischer Lösung, liess beide 24



Stunden liegen und konnte wiederum eine deutliche Abnahme der Leukocythenzahl im ersten Mélangeur konstatiren. Eine fermentative Wirkung der Peptonlösung konnte ausgeschlossen werden. Obige Resultate decken sich also nicht mit den unlängst publicirten Versuchen Tschistowitsch's (vrgl. B. g. B. 1894 № 9), die allerdings auch nicht auf dieselbe Weise ausgeführt wurden.

A. Netschajew und A. Trojanow: «Ein Fall von Perforationsperitonitis im Verlauf von Abdominaltyphus. Laparotomie. Darmresection. Heilung». (№ 23).

Der 25-jährige Patient trat den 21. November 1893 in das Obuchowhospital ein mit den Zeichen allgemeiner Peritonitis, war seit ungefähr 3 Wochen krank, hatte aber erst am selben Tage ohne bekannte Ursache plötzlich heftige Leibschmerzen und starkes Schwächegefühl empfunden. Per exclusionem wurde die Diagnose Peritonitis in Folge Durchbruchs eines typhösen Geschwürs gestellt und Patient 17 Stunden nach Beginn der Erscheinungen laparotomirt, wobei sich zeigte, dass die Bauchhöhle mit serös eitrigem, flockigem Exsudat gefüllt war. Die Serosa des Dünndarms war trübe, hyperämisch und stellenweise mit Fibrinflocken bedeckt. Ca. 20 Ctm. von der valvula Bauhini fand sich auf der freien Seite des Ileum eine stecknadelkopfgrosse runde Oeffnung, aus der Gase und flüssiger Koth austraten. Es wurde ein elliptisches Stück von 4 Ctm. Länge aus der Darmwand resecirt und die Wunde mit Czerny-Lembert'schen Näthen aus dünner Seide geschlossen. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle mit trockener sterilisirter Marly wurden alle leeren Räume ausgiebig tamponirt. Die Bauchwunde wurde nicht vernäth. Am 7. Tage wurden beim ersten Verbandwechsel die Tampons entfernt. Das Allgemeinbefinden war gut und die Temperatur fiel im Verlauf 3 Wochen staffelförmig. Nach 9 Wochen wurden die Ränder der gut granulirenden Hautwunde angefrischt und vernäht. Die Wunde heilte per primam. Pat. hat sich ausgezeichnet erholt.

W. Wasten: «Ueber die Therapie completer Uterusrupturen während der Geburt». (№ 24).

Kasuistische Mittheilung eines Falles von completer Uterusruptur bei einer 29-jährigen Frau (9 para), die nach Zangengeburt einer abgestorbenen Frucht im Fundus uteri constatirt worden war. Bei der bald darnach erfolgten Aufnahme in das Obuchowhospital war die Frau stark collabirt, der Leib aufgetrieben, der Fundus 2 Finger breit oberhalb des Nabels fühlbar; die unterbundene Nabelschnur hing aus der Vulva. Die innere Untersuchung ergab einen Riss in der vorderen Uteruswand, durch den die Placenta in die Bauchhöhle getreten war. Es wurde nun sofort zur Laparotomie geschritten, wobei aus der Bauchhöhle etwas flüssiges Blut und die von Coagulis umgebene Placenta leicht entfernt werden konnten, während die unterbundene Nabelschnur per vaginam herausgezogen wurde. In Anbetracht dessen, dass bereits Zeichen von Sepsis vorhanden und die Wundränder des Uterus schwer vernähbar waren, entschloss sich W. zur supravaginalen Uterusamputation. Der Stumpf wurde in die Bauchhöhle versenkt und durch den Douglas ein Drain in die Vagina geführt. Die Bauchwunde wurde vernäht. Der Riss im entfernten Uterus war 6,5 Ctm. lang und zog von vorn oben in der Nähe des Fundus schief nach unten und links. Das Allgemeinbefinden nach der Operation war befriedigend, die Temperatur stieg zwar (am 6. Tage 39°) und hielt ca. 2 Wochen remittirenden Charakter ein, fiel dann aber allmählich zur Norm. Am 6. Tage post operationem begann eine unbedeutende, aber übelriechende Secretion aus der Vagina, deren Ursache eine Endometritis colli uteri war. Am 8. Tage wurde der Drain, am 11. Tage die Näthe entfernt, die Wunde war per primam geheilt. Patientin genas bald vollkommen.

Z. Zypkin: «Einige Worte über zwei Fälle von Lebercirrhose». (№ 24-26).

Kritische Analyse zweier Fälle von Lebercirrhose, die beide in der Sacharjin'schen Klinik beobachtet wurden und von denen der eine durch Prof. N. Golubow in der Beilage zum III. Band der klinischen Vorlesungen Sacharjins, der andere durch P. Jakowlew in der Beilage zum 2. Band derselben Vorlesungen veröffentlicht worden sind. Beiden Autoren wird ungenügende Verwerthung der Anamnese (!) zur Erklärung der Krankheitsursache mit Recht vorgeworfen.

W. Posashnij: «Ein Fall von combinirter Erkrankung an Abdominaltyphus und Cholera asiatica». (№ 25 und 26).

Der 18-jährige Pat. hatte sich bereits eine Woche lang unwohl gefühlt, Kopfschmerzen, Erbrechen und Durchfall gehabt; das Erbrechen war am Tage der Aufnahme wieder stärker geworden, so dass er das Obuchowhospital aufsuchte, wo er in die Choleraabtheilung placirt wurde. Im Verlauf der folgenden 3 Tage traten Roseola, Milzschwellung, Temperaturerhöhung auf, die eine Ueberführung in die Typhusabtheilung nothwendig machten. Vom 5. Tage an änderte sich wieder das Bild; der Kranke wurde cyanotisch, pulslos, die Temperatur sank bis 35°, in den Ausleerungen wurden Kommabacillen gefunden. Am 6. Tage Morgens war Pat. wieder bei Besinnung, der Puls voller. Gegen Abend trat Anurie auf, Pat. verlor die Besinnung und am nächsten Morgen war er tot. Bei der Section wurden typhöse Veränderungen des Darmes und acute Colitis neben parenchymatöser Degeneration der Leber und Niere gefunden. Die aus der geschwellten Milz auf Bouillon, Gelatine und Kartoffeln gewonnenen Kulturen ergaben den Eberth'schen Typhusbacillus.

Weyert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. Januar – April. № I – IV 1894.

W. N. Massen: «Weitere Beiträge zur Frage von der Pathologie der Eklampsie». (I).

Schon früher hat Verf. auf Grund experimenteller Studien und gestützt auf genaue quanti und qualitative Analysen des Harnes zweier Eclampischer mit einer gewissen Reserve die Ansicht ausgesprochen, dass es sich bei der Eclampsie um eine Autointoxication des Organismus handelt und dass als hauptsächlichstes, einen solchen Process begünstigendes, Moment einige Alterationen in der Thätigkeit der Leber anzusehen sind. (conf. Russ. med. Lit. Beilage d. St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1893, pag. 21).

Einige in der Literatur erschienene diesbezügliche Angaben und mehrere im Laboratorium von Poehl ausgeführten Untersuchungen des Harnes in 6 Fällen von Eclampsie bekräftigen die Ansicht des Verf., dass bei der Eclampsie in der That bedeutende Veränderungen der Oxydationsvorgänge im Organismus bestehen. Die verminderte Harnstoffmenge und die vermehrte Harnsäureausscheidung weisen darauf hin, dass die Eiweisskörper in Folge irgend welcher Ursachen nicht genügend oxydirt, sondern in Form von Harnsäure durch den Harn ausgeschieden werden. Für abnorme Oxydationsvorgänge spricht auch die bedeutende Zunahme der Leucomaine im Harn. Die Ursache so eingreifender Störungen des Chemismus ist nach Meinung des Verf. in Veränderungen der Leber zu suchen, weil in diesem Organe der Harnstoff gebildet und mannigfaltige toxische Stoffwechselprodukte im Allgemeinen und die Leukomaine im Speciellen verarbeitet werden.

E. B. Dimant: «Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Schamfugenschnittes auf die Durchmesser des Beckens». (I).

In seltenen Fällen fand D. noch vor Trennung der Symphyse eine geringe Verschieblichkeit der Schambeinäste. Nach Durchtrennung des Gelenkes wichen die Knochenenden häufig von selbst aus einander einen Spalt von 0,5 C. zwischen sich lassend. Werden die beiden Knochenenden manuell oder mit Instrumenten weiter von einander entfernt, so kann dieses bis zu einer gewissen Grenze ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden, bis plötzlich ein Hinderniss sich einstellt, welches durch Spannung des Bandapparates der art. sacro-iliaca bedingt ist. Die Dehnbarkeit des Bandapparates ist bei puerperalen Becken fast eine doppelt so grosse als bei Becken von Nulliparen. Wird die Entfernung beider Knochenenden nach Eintritt genannten Hindernisses, noch weiter forcirt, so erfolgt ein Einreissen, bei noch stärkerer Dehnung ein Zerreissen des Bandapparates und der Kapsel. Eine derartige Zerstörung des Gelenkes findet bei Becken von Nulliparen bei einem Klaffen der Schamfuge über 4 C. bei puerperalen Becken bei 7 C. statt.

Beachtenswerth ist ferner, dass die Verschiebung der seitlichen Knochen des Beckens in horizontaler Richtung häufig nicht symmetrisch erfolgt. Auch in vertikaler Richtung stehen die beiden von einander entfernten Schambeinäste nicht auf gleicher Höhe; der Unterschied beträgt ca. 0,5 C. Das mehr nach unten und nach vorne stehende Knochenende ist meist auch das mehr seitwärts abgewichene. Die Wiedergabe der tabellarisch geordneten Beckenmaasse glauben wir füglich übersehen zu können. Aus denselben ergiebt sich, dass der gerade Durchmesser bei einem Abstand der Symphysenenden auf 6 C. fast um 1,5 C. vergrössert wird. Die Grössenzunahme der geraden Beckendurchmesser wird um so kleiner je mehr man sich dem Beckenausgange nähert. Die queren Durchmesser des Beckens erweitern sich bedeutend schneller als die geraden. Die Grössenzunahme der queren Durchmesser ist um so grösser je näher dieselben zur Symphyse hin gelegen sind.

Der schräge Durchmesser wie er gewöhnlich gemessen wird, stellt nicht immer zugleich auch den grössten schrägen Durchmesser des Beckeneinganges dar; es lässt sich häufig auf der



linea terminalis zwischen der art. sacro-iliac. und dem Punkte an welchem der quere Beckendurchmesser genommen zu werden pflegt eine Stelle finden, wo der schräge Durchmesser um 2—3 Mm. grösser ist, als der an der gewöhnlichen Stelle genommene. Dieser «grösste» diagonale Durchmesser wächst bei Erweiterung des Beckens bedeutend schneller als der gewöhnliche schräge Durchmesser. In den Fällen wo bei intactem Becken ein solcher «grösster» schräger D. überhaupt nicht vorhanden war, tritt er nach Spaltung der Symphyse und Dehnung des Beckens auf. Während der übliche schräge D. unter obengenannten Verhältnissen eine Zunahme von 1,7 C. aufweist, beträgt dieselbe beim «grössten» Schrägendurchmesser 2,9 C. wobei der hintere Endpunkt dieses Durchmessers sich längst der linea terminalis immer weiter von der artic. sacro-iliaca entfernt.

Eine ausführlichere Beschreibung der in dieser vorläufigen Mittheilung skizzirten Resultate soll später erfolgen.

S. T. Wiridarski: «Ein Fall von Schamfugenschnitt». (I).

25-jährige I para. Beckenmaasse: dist. spin. 24; crist. 26,5; dist troch. 30; conjugata ext. 17; diagonalis 9—9,25. Pat. kreisst 4 Tage bei starken Wehen ohne dass ein befriedigender Fortschritt der Geburt zu verzeichnen wäre; es wird daher bei Erweiterung des M.M. auf 3 Querfingerbreite zur Syphyseotomie geschritten (Prof. Ott). 4 C. langer Schnitt durch die Weichtheile; Spaltung der Symphyse schichtweise von vorne nach hinten. Die Schambeine klaffen auf 2 C.; Zangenapplication bei beweglichem Kopfe; schwere Extraction, wobei der Spalt auf 5 C. sich erweitert. Stark blutender Einriss der vorderen Vaginalwand; Naht der Haut und Scheidenwunde. Der Versuch einer Knochennaht missglückt. Puerperium normal bei intensiver Cystitis. Das stark asphyktisch geborene Kind wurde wiederbelebt, starb aber schon nach 24 Stunden an Lungenatelektase. 26 Tage nach der Operation befindet sich Pat. noch in einem fixirenden Apparat. Allgemeinbefinden befriedigend.

J. J. Fedorow: «Electricität nach der Methode von Dr. Alexandrow bei Behandlung der Gonorrhoea ascendens». (I).

Verf. hat nach dieser Methode, deren genauere Beschreibung im Originale nachzusehen ist, 11 Fälle von Gonorrhoea ascendens behandelt und recht gute Resultate erzielt.

S. Lipinski: «Ein Fall von am Sternum mit einander zusammenhängender Doppelmissgeburt». (I).

(Sternophagus tetrabrachius). Kasuistischer Beitrag.

D. O. Ott: «Der gegenwärtige Stand der Frage von der radikalen Behandlung der Uterusfibrome». (II).

Die medikamentösen und physikalischen Behandlungsmethoden der Fibromyome erledigend spricht sich Verf. dahin aus, dass eine radikale Heilung der Fibromyome der Gebärmutter vermittelst derselben eine äusserst ungewisse und unzuverlässige sei. Zur operativen Therapie übergehend bespricht O. zuerst diejenigen Methoden in welchen das Hauptgewicht nicht auf die Entfernung der Geschwulst, sondern auf verschiedene Gebiete des Geschlechtsapparates gerichtet wird, in der Voraussetzung, durch dieselben indirekt auf die Neubildung einwirken zu können. Die Castration (Hegar, Battey), die Unterbindung der zuführenden Gefässe. (Gottschalk, Küstner), die abrasio mucosae uteri und die forcirte Erweiterung des Cervicalkanales (Kaltenbach) von verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchtend, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass keines der genannten Verfahren ein sicheres Mittel zur radikalen Heilung der Patienten bildet und dass die einzige sichere Behandlungsweise der Fibromyome in der Entfernung der Geschwulst selbst besteht. Unter obwaltenden Verhältnissen ist darnach zu streben die einzelnen operativen Methoden zu verbessern und die Indikationen für dieselben genau zu praecisiren, wobei jedoch streng individualisirend vorgegangen werden muss.

Was die Indicationen zur Myomotomie anbetrifft, so ist zu beachten, dass der grosse Procentsatz an Mortalität zum Theile davon abhängt, dass zu viel Zeit auf die paliative Behandlung verwand wird und dass die grosse Sterblichkeit nach dieser Operation angeblich noch vor einem frühen Eingriff abschreckt. Die Kranken kommen daher meist erst zur Operation, wenn sie vollständig erschöpft sind. Indicirt ist die Operation in allen Fällen wo ein Wachsen des Tumor und eine Zunahme der Krankheitssymptome sich constatiren lassen.

Das leitende Princip bei der Wahl der Operationsmethode muss dasjenige der conservativen Chirurgie sein. Wo die Möglichkeit der Erhaltung der Ovarien besteht, dürfen dieselben nicht entfernt werden.

Als Prototyp der conservativen Behandlung der Uterusfibrome ist die Enucleation submucöser kleiner Fibrome per vias naturales, die Coeliotomie nach dem Typus des Kaiserschnittes für grössere Tumoren, die Auslösung interstitieller Myome mit Vernähung der restirenden Hälfte und die Entfernung subserös sitzender fibröser Polypen anzusehen. In Fällen wo es sich um sog. fibröse Entartung der ganzen Gebärmutter handelt ist die Uterusexstirpation per vaginam oder das morseillement der Coeliotomie vorzuziehen, weil diese Operationsmethoden neben der Möglichkeit die Ovarien zu erhalten auch in prognostischer Hinsicht bessere Chancen bieten. Macht die Grösse des Tumors eine Eröffnung der Bauchhöhle nothwendig, so verdient die supravaginale Amputation den Vorzug vor der vollständigen Entfernung der Gebärmutter. Bei supravaginalen Amputationen ist die intraperitoneale Stielbehandlung nach Zweifel oder Ott rationeller als die extraperitoneale Stielversorgung. Als Indication zur vollständigen Entfernung der Gebärmutter sind nur die Fälle anzusehen, in welchen sich die Neubildung auch auf den Cervix weiter verbreitet. In traligamentär oder im Beckenzellgewebe sich entwickelnde Fibrome müssen nach Spaltung der Kapsel enucleirt und der restirende Defect drainirt resp. vernäht werden.

Michin: «Coeliotomie bei partieller Verwachsung des Geburtskanales». (II).

An der Hand aus der Literatur gesammelter diesbezüglicher Daten, welchen er noch einen einschlägigen Fall aus der Klinik Prof. Tolotschinow's hinzufügt stellt M. folgende Thesen auf. 1) Bei Verschluss der Scheide, sei es angeboren oder erworben, mit nachfolgender Ansammlung von Blut in den Höhlen des Geburtskanales ist die Bildung einer künstlichen Vagina nur dann statthaft wenn a) absolute Gewissheit vorliegt, dass kein Haematosalpinx mit Verwachsungen der Nachbarorgane vorliegt; b) wenn die Verwachsung der Vagina nicht mehr als $^{1}/_{3}$ ihrer Gesammtlänge beträgt, weil sonst die künstlich gebildete Scheide nicht dauernd ihren Zweck zu erfüllen im Stande ist. 2) In Fällen, in welchen bei bestehender Atresie nicht nur Haematometra und Haematocolpos, sondern auch Haematosalpinx diagnosticirt wird, ist unbedingt die Coeliotomie vorzunehmen. 3) Indicirt ist die Coeliotomie ferner wenn Haematosalpinx allein diagnosticirt werden kann.

K. Ulesko-Stroganowa: «Zur Pathologie der Cysten des Hymen und der Vagina». (II).

Im Falle der Verfasserin handelte es sich um einen Haselnussgrossen Tumor von elastischer Consistenz, welcher an der vorderen Fläche des Hymen rechterseits seinen Sitz hatte. Hinter dem Hymen befand sich auf der hinteren Scheidenwand ein ähnlicher Tumor von härterer Consistenz. Der Inhalt beider Cysten bestand aus flüssigem schwarz-bräunlichem Blut. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um Retentionscysten handelte.

W. W. Stroganow: «Zur Frage von der aseptischen Methode bei Operationen». (III).

Nach kurzer Beschreibung des Sterilisationsverfahrens, wie es im klinischen Institute (Prof. Ott) gehandhabt wird, kommt Verf. auf die Resultate seiner bakteriologischen Untersuchungen zu sprechen. Es scheint uns nicht unwichtig etwas näher auf die Untersuchungen der Tampons einzugehen. Die Marly-Streifen, welche in eine notorisch sterile Bauchhöhle nach der Operation eingeführt wurden, enthielten bei ihrer Entfernung nach einigen Tagen durchweg Bakterien, welche sich in demselben erst nach der Operation entwickelt hätten. Verf. hält es beim Stande unseres heutigen Wissens, für unmöglich einen Tampon in der Scheide auf längere Zeit aseptisch zu erhalten. Nach Untersuchungen des Verf. bleibt die Scheide nur 17 Stunden steril; in Folge dessen verlieren in die Scheide eingeführte aseptische Tampons nach Verlauf dieser Zeit auch ihre Eigenschaft als solche. Von den am Schlusse der Arbeit gezogenen Schlussfolgerungen heben wir folgende hervor. 1) Die aseptische Methode kann mit Erfolg mit der Sterilisationsmethode concurriren. 2) Die Tampons in der Bauchhöhle können nach Verlauf einiger Tage nicht mehr steril sein.

G. P. Sereshnikow: «Uterus duplex bicornis cum vagina subsepta infra simplici seu uterus didelphus cum vagina subsepta infra simplici?» (III).

Kasuistischer Beitrag.

S. T. Wiridarski: «Zur Kasuistik der completen Uterusruptur während der Geburt». (III).

Pat., welche zum 12. Male in schneller Aufeinanderfolge niederkam, wurde schon nach erfolgter Ruptur in die Anstalt gebracht. Bei der äusseren Untersuchung fand man in der Bauchhöhle über der Symphyse einen Körper von unregelmässiger Form an dessen oberem Segmente als selbständiger Appendix ein Gebilde von festerer Consistenz fühlbar war, welches an den leeren contrahirten Uterus erinnerte. Plattes



Becken. Wehen waren nicht vorhanden. Herztöne nicht nachweisbar. Per vaginam fühlte man den vorliegenden Kopf mit grosser Kopfgeschwulst im queren Durchmesser stehen. Nach gestellter Diagnose Uterusruptur mit theilweisem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle und zugleich bestehender septischen Infection (colpitis gangraenosa, endometritis et peritonitis septica universalis) wurde die Zange angelegt und das Kind extrahirt. Die Placenta folgte nach 5 Min. Nach der Geburt traten keine Blutungen auf. 22 Stunden nach der Geburt ging Pat. an Peritonitis zu Grunde. Bei der Section wurde die Muskularis des Uterus stellenweise von gelben Streifen durchsetzt gefunden. An der Schleimhaut waren Erscheinungen einer Endometritis septica ausgesprochen. Cervix ca. 12 C. lang. An der Grenze zwischen oberen und mittleren $^1/_3$ befindet sich auf der vorderen Fläche ein 16 C. langer Riss, welcher durch die ganze Dicke der Wand geht und mehr als $^2/_3$ des Umfanges ausmacht. An der Rissstelle ist das Cervixgewebe brüchig, oedematös und blutig imbibirt. Die Schleimhaut bedeckt ein gelblich grauer Belag. Mikroskopischer Befund: Keine fettige Degeneration des Parenchyms. Im Cervixgewebe bedeutende Mengen alter Bindegewebszüge. An anderen Partien so wie auch im Fundus uteri bedeutende Entwickelung junger Bindegewebselemente (Metritis interstitialis chr.).

W. A. Brshesinski: «Medicinischer Bericht über die Thätigkeit der geburtshilflichen Abtheilung der gynaekologischen Klinik Prof. N. W. Jastrebow's an der Kaiserl. Warschauer Universität pro 1890 (vom 15. März an), 1891 und 1892 (bis zum 15. März). (II u. III).

J. M. Lwow: «Ueber Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane beim coitus». (IV).

In dieser Compellation aus verschiedenen Vorträgen, welche L. den Studenten der Kasanschen Universität gehalten, skizzirt Verf. zuerst die physiologischen Verletzungen des Hymen und bespricht dann sehr ausführlich die pathologischen Verletzungen des Hymen und der weiblichen Geschlechtstheile beim coitus.

Uns will es scheinen, dass die Zeit der Studenten viel zu kurz bemessen ist, um so ausführliche, wenn auch interessante, Erörterungen eines verhältnissmässig kleinen und wenig wichtigen Gebietes der gynaekologischen Disciplin berechtigt erscheinen zu lassen.

G. P. Sereshnikow: «Zur Differenzialdiagnose der Echinococcus und anderer cystischer Gebilde der weiblichen Geschlechtsorgane». (IV).

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von multiloculärer (intraligamentärer?) Cyste welche alle physikalischen Symptome eines Echinococcus und mehrere Symptome welche für die Flüssigkeit der Echinococcusblasen charakteristisch zu sein pflegen darbot und wo die Differenzialdiagnose nur nach dreimaliger Punction und genauer chemischer und mikroskopischer Untersuchung des Inhaltes gestellt werden konnte. Da mithin bei Cysten der Geschlechtsorgane alle Symptome des Echinococcus vorhanden sein können und die Beschaffenheit des Cysteninhaltes fast indentisch mit dem Inhalte der Echinococcusblasen sein kann, so spricht sich Verf. dahin aus, dass die Differenzialdiagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung des Inhaltes gestellt werden kann.

A. Dranizin: «Zur Frage vom operativen Eingriff bei Hydronephrose.» (IV).

Mit wenigen Worten berührt Verf. die Aetiologie der Hydronephrose und die Indicationen zur Nephrectomie. Die verschiedenen Operationsmethoden sind recht übersichtlich zusammengestellt, auch verschiedener diagnostischer Momente wird Erwähnung gethan. Hieran schliesst sich die Krankengeschichte eines Falles von rechtseitiger Hydronephrose welcher von Prof. Ott mit günstigem Ausgange operirt wurde. Die Schlussbemerkungen Verf. sind folgende. 1) Eine Hydronephrose höheren Grades muss per coeliotomiam in Angriff genommen werden. 2) Bei Undurchgängigkeit des Harnleiters ist die Entfernung der ganzen Niere die einzige operative Massnahme, welche den Kranken vollständig wieder herzustellen im Stande ist. 3) Die Methode von Terrier ist rationell; als Mangel derselben ist nur die langsame Verördung des restirenden Hohlraumes zu nennen.

W. N. Massen: «Ein Fall von angeborenem Mangel der Augäpfel. Anophthalmia duplex congenita anetorum». (IV).

Kasuistischer Beitrag mit kurzen Angaben aus der Literatur.

Dobbert.

Medicinskoje Obosrenije Nr. 13.

P. Nikolski: «Das chronische Eczem in Verbindung mit Hautanaesthesie». (Nr. 13).

Verf. beschreibt 12 Fälle von chronischem Eczem, bei denen Hautanaesthesie in mehr oder weniger ausgedehnten Gebieten bestand. Es waren 9 Männer und 3 Frauen im Alter von 22—54 Jahren; nur 2 Patienten gehörten zu den besseren Ständen, die anderen waren Bauern und Handwerker. Die Dauer des Eczems — im Durchschnitt 5 Jahre. Am häufigsten waren die Handflächen befallen, daneben aber waren auch häufig andere Körpertheile von dem Eczem eingenommen, in der Regel konnte eine Symmetrie in dem Befallensein beider Körperhälften constatirt werden, doch breitete sich das Eczem nicht dem Verlaufe der Hautnerven entsprechend aus; von Seiten der Psyche constatirte N. zuweilen eine starke Erregung, Reizbarkeit, häufig waren rein hysterische Symptome nachweisbar Bei allen 12 Patienten bestand Hautanaesthesie; in einem Falle war die ganze Körperoberfläche anaesthetisch, in anderen Fällen war die Anaesthesie begrenzt; in 8 Fällen befand sich das Eczem nur an den anaesthetischen Partien, in 4 Fällen dagegen waren auch Hautstellen mit normaler Empfindlichkeit von dem Eczem betroffen; in einigen Fällen (4) fehlten alle sensible Hautfunctionen, in anderen Fällen waren nur der Temperatursinn oder nur die Tast- oder Schmerzempfindung abgeschwächt. — Verf. ist der Meinung, dass in allen 12 Fällen das Eczem in inniger Beziehung zur Hysterie gestanden habe.

Ljubomudrow: «Ein Fall von Lymphcyste». (Nr. 13).

Die wallnussgrosse Cyste befand sich in der linken oberen Schlüsselbeingrube. Bei Druck wurde die Geschwulst nicht kleiner, wohl aber verschwand sie völlig, wenn der Patient längere Zeit im Bette lag; auch bei Adduction des Arm's wurde die Geschwulst kleiner, dagegen bei Abduction und Elevation der Schulter schwellte die Cyste rasch an. L. schloss eine Hydrocele colli aus und erklärte den Tumor für eine Lymphcyste. Operation wurde nicht gestattet.

J. Antjufeew: «Ein Fall von Sectio alta in der kreisärztlichen Praxis». (Nr. 13).

W. Serenin: «Eine Echinokokkengeschwulst in der Hinterhauptregion». (Nr. 13).

N. Wersilow: «Ueber die therapeutische Anwendung des Solutol's. (Nr, 13).

Solutol ist ein Kresolderivat, das mit Hülfe von Kresolnatrium in Lösung gebracht worden ist. Es stellt eine dicke ölige Flüssigkeit vor, von dunkelbrauner Farbe, mit Wasser in jeder Proportion mischbar. 100 Ccm. Solutol enthalten 60,4 Kresol. Verf. hat das Mittel sowohl äusserlich als Verbandmittel und Desinficiens, als auch innerlich, bei acuten und chronischen Schleimhautcatarrhen angewandt. Die Resultate sind folgende:

1. Als desinficirendes und gleichzeitig schwach reizendes Mittel zerstört das Mittel die Thätigkeit der Mikroorganismen oder schwächt dieselbe ab.
2. Bei Wunden, die per secundam heilen, begünstigt das Solutol die Bildung guter Granulationen und bewirkt eine zarte und leicht dehnbare Narbenbildung. Am geeignetsten für Verbände sind $^1/_4$—3%ige Lösungen.
3. In 1%iger Lösung kann das Solutol zur Desinfection (Verstäubung) der Krankenzimmer und Wohnungsräume verwendet werden und ist sogar seiner relativen Ungiftigkeit und seines zarten, nicht reizbaren Geruches anderen Desinficientien vorzuziehen.
4. Innerlich wandte W. das Mittel bei verschiedenen Schleimhautcatarrhen an, wobei es sich erwies, dass das Solutol besonders günstig die chronischen Catarrhe beeinflusst. Bei catarrhalischer und follikulärer Angina sind $^1/_4$—$^1/_2$%ige Lösungen als Gargarisma und 3—4%ige Lösungen als Pinselung zu verwenden. Bei acuter Gonorrhoe bewirken schon $^1/_{10}$%ige Lösungen starke Schmerzhaftigkeit am perineum, so dass das Mittel bald ausgesetzt werden muss; bei chronischer Gonorrhoe wirkt Solutol sehr günstig, namentlich wenn Solutolinjectionen ($^1/_4$—$^1/_8$%) abwechselnd mit Injectionen von Adstringentien angewandt werden (2 Tage Solutol, dann 2 Tage Adstringentien, dann wieder Solutol u. s. w.).
5. Bei acuten Processen ist die Anwendung des Solutols irrationell.

M. Pokrowski: «Ueber die Färbung der elastischen Lungenfasern». (Nr. 13).

Modification der Tänzer-Unna'schen Methode.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 10 Сентября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.



RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

Wratsch. № 23 – 29.

A. Kissel: «Drei Fälle von Hodgkinscher Krankheit bei Kindern von 4—4½ und 11 Jahren. Nr. 23 u. 24.

Bei einem 11-jährigen Knaben waren die Submentaldrüsen bis zur Grösse eines Gänseeies angeschwollen, die übrigen Drüsen waren bohnengross, die Milz ragte 4 Finger breit unter dem Rippenrand hervor, die Menge der weissen Blutkörperchen waren nicht vermehrt, die der rothen aber vermindert, ziemlich zahlreiche Poikilocyten und periodisches Ansteigen der T° bis 40.8°. Während des Ansteigens der T° schwollen die Milz und die Drüsen jedes Mal an, um nachher wieder zurückzugehen, wenn auch nicht bis zur Norm. Einen analogen Befund boten die zwei anderen Fälle. Das von fieberlosen Intervallen unterbrochene Ansteigen der T° interessirt Verf. besonders, da er diese Verhältnisse nicht oft beobachtet hat.

Th. Openchoffski. «Ein seltener Fall von Erkrankung mit bulbären Erscheinungen mit Ausgang in Genesung». Nr. 24.

Pat. 28 a. n. bot folgendes Krankheitsbild: Der Kopf leicht nach hinten geneigt, doch wegen Schmerzhaftigkeit nicht nach hinten beweglich, Parese der oberen Aeste des rechten n. Facialis, Bewegungen des rechten Auges beschränkt, des linken weniger. Accomodationslähmung des rechten Auges. Der Mund geöffnet, die Lippen zart, die Haut derselben faltig; das Ausstrecken der Zunge sehr erschwert, fibrilläre Zuckungen derselben, der rechte Gaumenbogen hängt tiefer herab; weinerlicher Gesichtsausdruck, erschwerte Sprache- und Schluckbewegung; die Erregbarkeit mit dem faradischen Strom rechterseits im Gebiete des n. Facialis herabgesetzt; Gehör und Geschmack rechterseits nicht vorhanden; Anaesthesie der rechten Körperhälfte; die Sehnenreflexe, besonders rechts, erhöht; Zittern der erhobenen Extremitäten, unsicherer Gang, Ataxie, leichte Erregbarkeit; Respirationsfrequenz 36. Erklärt wird dieses Symptomenbild durch die Anwesenheit eines Thrombus (local entstanden oder verschleppt) in der rechten art. vertebralis unterhalb der Abgangsstelle der art. spinal. ant. Bald erholte sich Pat. und nur ein etwas unsicherer Gang und erhöhte Sehnenreflexe erinnerten an den früheren Zustand.

N. Gerken: «Das Ileo-Femoralgelenk und der Atmosphärendruck». Nr. 24.

Vorläufige Mittheilung.

G. tritt gegen den von den Gebrüdern Weber aufgestellten Satz auf, dass der Femurkopf durch den Atmosphärendruck an das Acetabulum angedrückt wird. Fälschlicherweise sei man durch Versuche an Leichen zu diesem Resultat gekommen. Die Muskelgruppen dienen zur Fixation. Verfasser wird in nächster Zeit Näheres publiciren

Th. Openchoffski: «Ein seltener Fall von Aneurysma des sinus Valsalvae mit consecutiver functioneller Störung der Herzklappen». (Nr. 25)

Diffuser Herzstoss im 5. und 6. Zwischenrippenraum, frémissement cataire, Vergrösserung der percutorischen Grenzen, pulsus celer, Arteriosclerosis, an der Herzspitze ein systolisches und praesystolisches Geräusch, ebenso an der Tricuspidalis und über der Aorta; Hydrops, Vergrösserung der Leber, Eiweiss im Urin. Unter Digitalisbehandlung etc. vorübergehende Besserung. Dennoch trat bald der Tod ein. Bei der Section fand sich ein gänseeigrosses Aneurysma, welches von dem sinus Valsalvae seinen Ursprung genommen hatte und dessen Wandung verkalkt war. Das Aneurysma übte auf die Herzostien einen Druck aus.

G. Wlaew: «Zur Frage über die Bedeutung des Botriocephalus latus in der Aetiologie der perniciösen Anaemie. (Nr. 25, 27, 28 und 29.)

Um der Beantwortung der Frage näher zu rücken, ob die von den Parasiten ausgeschiedenen Stoffwechselproducte giftige Stoffe enthalten, welche die perniciöse Anaemie hervorrufen könnten, machte Verf. folgendes Experiment: zwei früh entleerte Bandwürmer wurden gewaschen, in Spiritus aufgehoben, fein gepulvert und in eine 1 pCt. alkalische Lösung gelegt, darauf erwärmt und durchgeseiht. Das Filtrat wurde Kaninchen und Tauben injicirt. Ebenso wurde das Präparat mit gesättigter Kochsalzlösung behandelt, der Niederschlag in alkalischer wässriger Lösung gelöst und diese gleichfalls injicirt. Die Injectionen riefen keine Veränderung hervor. Nistet sich der Botrioc. latus in den Därmen eines jugendlichen Individuum ein, so kann derselbe mit der Zeit eine perniciöse Erkrankung des Blutes bewirken und zum Tode führen. Dass die Erkrankung in den Zersetzungsproducten des Parasiten seinen Grund hat, ist unwahrscheinlich.

A. Eckert: «Versuch einer physikalischen Untersuchung von Schülern der Stadt-Elementarschulen Petersburgs». (Nr. 25.)

1145 Kinder wurden auf ihren Ernährungszustand, Gewicht, Länge, Brustumfang, etwaige körperliche Gebrechen etc. untersucht und ihre Entwickelung weiter verfolgt.

A. Stepanow: «Ueber die Behandlung des weichen Schankers». (Nr. 25 u. 26.)

Verf. tritt für die Auskratzung mit dem scharfen Löffel ein und macht auf die Behandlungsweise von Aubert (dauernde Einwirkung der Wärme) aufmerksam, die er auch angewandt.

R. Witwitzky: «Zur Frage über die functionellen Erkrankungen des Herzens in den einzelnen Höhlen». (Nr. 26 und 28.)

Ein 35-jähriger Mann litt an Athemnoth; die objective Untersuchung stellte fest: Cyanose, Vergrösserung des linken Vorhofes und rechten Ventrikels keine Geräusche, verhältnissmässig guter Puls, Emphysem und Oedem der Lungen, Oedem der Hautdecken, besonders rechtsseitig. Digitalis wurde nicht vertragen, nur Venesectionen schafften Erleichterung, bis nach 4-monatlicher Krankheitsdauer unter zunehmender Cyanose, Oedeme etc. der Tod eintrat. Es wurde eine functionelle Erkrankung des Herzens angenommen. Im 2. Falle war gleichfalls eine functionelle Erkrankung angeschuldigt.

B. Greidenberg: «Zur Frage über die Hysterie im Heere. Ein neuer Fall von Hysterie bei einem Soldaten» (Nr. 26.)

Störung der Sensibilität (Herabsetzung derselben auf der linken Seite des Kopfes, der linken Thoraxhälfte, des rechten Armes, des rechten Beines und der rechten Gefässgegend) concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Krampfanfälle, Störungen der Gehörs- und Geschmacksempfindung, Zittern der unteren Extremitäten.

D. Juworsky: «Drei Fälle von Inversio uteri». (Nr. 26.)

2 Mal war die Inversion durch submucöse Myome bedingt, ein Mal nach der Geburt. Wenn die Reposition nicht leicht geht, lässt J. fernere Versuche und sucht durch allmähliche Dehnung (Colporynter) zum Ziel zu kommen.

D. Sandberg: «Syphilis im Dorf (Koslowscher Bezirk, Tambowsches Gouvernement.) (Nr. 26 und 30.)

Auffallender Weise überwog die Zahl der Frauen und selbst der Kinder die der an Syphilis erkrankten Männer. 20 pCt. aller ambulatorischen Kranken litt an Lues, am meisten war die gummöse Form vertreten. Im Uebrigen ist das Material nach den Formen, dem Alter etc. gerichtet.

M. Kurlow: «Ein Fall von Situs viscerum inversus, complicirt mit Aorteninsufficienz». (Nr. 27.)

45-jähriger Mann, Herzstoss sichtbar, rechts nach innen von der Mammillarlinie im 5. und 6. Intercostalraum, überall lauter Lungenschall mit Ausnahme der Gegend vom sternum nach rechts bis nahe an die Mammillarlinie, die der etwas vergrösserten Herzdämpfung entsprach. An der Herzspitze und deutlicher links im 2. Intercostalraum ein Geräusch, Leberdämpfung links, Milzdämpfung rechts.

G. Smirnow: «Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Antitoxinen, die ohne Vermittelung des thierischen Organismus dargestellt sind». (№ 27).

S. wollte die Frage bearbeiten, ob es nicht möglich wäre, durch Oxydations- und Reductionsreactionen im Serum von normalen oder kranken Thieren Eigenschaften hervorzurufen'



die dem Serum immunisirter Thiere eigen sind. Nach vergeblichen anderweitigen Versuchen, führte die Electrolyse zu positiven Ergebnissen. 100 Cubcm. Hundeserum werden 3—4 Stunden electrolytisch behandelt, um bei der Injection Temperatursteigerung hervorzurufen; die Injectionen mit Rinderserum rufen eine geringere Temperaturerhöhung hervor. Damit konnte festgestellt werden, dass das Serum unter dem Einfluss der Electrolyse besondere Eigenschaften, die eine Temperaturerhöhung bei Kaninchen bedingen, erhält und dass diese Wirkung hauptsächlich von den Veränderungen des Albumins abhängt, wobei diesem die Hauptrolle zukommt, dem Globulin die Nebenrolle. Verschiedene Serumsorten wurden mit Diphtherie geimpft und verschieden lange Zeit im Thermostat gehalten: Diphtherie wächst im flüssigen normalen Serum sehr schnell, schon nach zwei Wochen erhält man ein Toxin, von dem 0,5 Ccm. einem Meerschweinchen injicirt, tödtlich wirkt. Aus den Albumindiphtherieculturen erhält man ein Toxin, das nicht besonders giftig ist. Diphtherieculturen auf Globulin enthielten keine Toxine. Wurden nach Injectionen von Diphtherieculturen vorher electrolytisch behandelte Serum- und Albuminculturen eingespritzt, so starben die Thiere viel später als die Controllthiere, denen die electrolytisch behandelten Culturen nicht einverleibt waren. Es ist daher möglich ein Antitoxin zu bereiten, welches eingespritzt die Diphtherie des Kaninchens heilt, falls letztere mit geringen Mengen der Bouilloncultur inficirt sind. Verf. inficirte Kaninchen mit 0,5 Cbcm. einer 2—3 tägigen Diphtheriebouilloncultur und begann die Behandlung nach 24 Stunden mit 8—10 Cbcm. des oxydirten resp. reducirten Antitoxins. Nach Eintritt einer Temperaturerhöhung trat die günstige Wirkung ein, gewöhnlich genügte eine Injection; blieb die Temperaturerhöhung aus, so traten die Krankheitssymptome aufs neue auf. Die durch Electrolyse gewonnenen Antitoxine sind bedeutend kräftiger wirkend, als die nach der Methode der Immunisirung hergestellten, weshalb S. die Hoffnung ausspricht, dass dieses Verfahren auch bei Anwendung am Menschen sicherer ist.

E. Draischpul: «Zur Frage von der Correction der Asymetrie des Nasenseptums durch Electrolyse». (№ 28).

Die Verkrümmungen nehmen oft nur den knorpligen oder knöchernen Theil des Septums ein, oder beide. An Ort und Stelle der Verkrümmungen findet sich gewöhnlich eine Verdickung, entweder in Form einer crista oder eines conusartigen Vorsprungs. Ueber die Entstehung derartiger Asymetrien gehen die Meinungen auseinander; als häufigstes ätiologisches Moment ist das Trauma zu bezeichnen, nächstdem Polypen und Hypertrophien der Muschel. Die Folgen derartiger Verkrümmungen, wenn dieselben hochgradig sind, sind die Beeinträchtigung des Geruchsorganes, reflectorische Neurosen, nasaler Timbre der Stimme, Erkrankungen des Ohres und oftmals Erkrankung der oberen Luftwege, weil die eingeathmete Luft bei behindertem Durchtritt durch die Nase der Erwärmung und Sättigung mit Feuchtigkeit von Seiten der cavernösen Gewebe im Nasengang verlustig geht. Zur Beseitigung sind die verschiedensten Operationsverfahren vorgeschlagen, von Miot wurde zu diesem Zweck die Electrolyse empfohlen. D. führte beide Nadeln (bipolare Methode) ein, die Sitzung dauerte 10—15 Minuten, gewöhnlich genügte eine Sitzung zur Erreichung des Zweckes. Die Schmerzen wurden durch Bepinseln mit 10 pCt. Cocainlösung gemildert. Der Verlauf war reactionslos. Verf. ist mit dem Resultat sehr zufrieden und führt einige Krankengeschichten an, aus denen der günstige Erfolg zu ersehen ist.

N. Seland: «Ueber die Mortalität der russischen Aerzte» (№ 28).

Die Zahl der Aerzte in Russland ist annähernd auf 15500 zu schätzen die Mortalität beträgt 13,9 pCt., doch ist diese Ziffer wahrscheinlich zu niedrig geschätzt. In den Jahren 1891—1893 sind 642 Aerzte gestorben. Aus den statistischen Angaben ist zu ersehen, dass eine grosse Zahl als Opfer ihres Berufes dem Tode verfallen sind (Cholera, Flecktyphus etc.) 16—18 pCt. sind an Tuberculose gestorben. Der Tod durch Selbstmord ist bei Aerzten häufiger, als in der übrigen bürgerlichen Bevölkerung (300:1 Mill gegen 30:1 Mill), die Frequenz nimmt sogar von Jahr zu Jahr zu. Am besten unterrichtet ist S. in den Verhältnissen in Turkestan. Vergleichende Tabellen dienen als Beweis, dass die Sterblichkeit unter den Aerzten eine höbere ist, als unter den Militair- und Civilpersonen.

W. Roshansky: «Heisse Wannen und russische Bäder bei der Behandlung der asiatischen Cholera». (№ 29).

R. war in einem Flecken des Gouvernement Nishni-Nowgorod thätig. Während der ersten vier Tage der Epidemie war die Bäderbehandlung noch nicht eingeleitet, während dieser Zeit starben von 35 Erkrankten 27 (77 pCt.). Als darauf heisse Bäder verabfolgt wurden, starben von 42 Kranken nur 16=28 pCt. im Zeitraum von 2 Wochen. Gleichzeitig wurden 103 Kranke zu Hause behandelt, von denen 84 genasen und 19 (18,4 pCt.) starben. Von diesen 103 Kranken wurden 26 nicht gebadet und von diesen (26) genasen 11 und starben 15 (57 pCt.); dagegen starben von 77 mit Bädern Behandelten 4 (6 pCt.) und genasen 73 (ein selten günstiger Procentsatz! Anm. des Ref.) Wannen von 32—34—36° R. wurden gegeben, den Dampfbädern giebt Verf. den Vorzug, weil die zugeführte Feuchtigkeit die Athmung anregt, die wegen der ungleichmässigen Blutvertheilung im Körper und der Blut- und Säftearmuth der Lungen den Gasaustausch nicht nach Nothwendigkeit besorgen kann, daher die Cyanose. Es wurden täglich 2—4 Dampfbäder verabfolgt. Im Uebrigen sind die bekannten günstigen Wirkungen auf das Herz, die Krämpfe etc. verzeichnet.

R. Katz: «Zur Frage über die Untersuchung der Refraction des Auges mit Hilfe der Skiaskopie». (№ 29).

Als Bedingung ist hingestellt, dass die Untersuchung in einem möglichst geringen Winkel zur Sehlinie des zu untersuchenden Auges vorgenommen wird, dass das Licht der Lampe eine scharf runde Form hat, dass die Pupille des zu untersuchenden Auges weit, die des Untersuchers (Oeffnung im Spiegel) eng ist, und dass der fernste Punkt, wie der mittlere zwischen r_1 und r_2 bestimmt wird.

Lingen.

Medicina. № 20—30

N Ssaweljew: «Zur Behandlung des runden Magengeschwürs mit Wismuth». (Nr. 20).

Beobachtungen an dem Material der Berliner Poliklinik (Prof. Senator). Meistens handelte es sich um bereits chronisch gewordene oder subacut verlaufende Fälle. Die Behandlung schloss sich der von Fleiner angegebenen Methode an. Früh Morgens auf nüchternem Magen nahmen die Kranken 10,0 Bismuth in 200,0 warmen, destillirten Wassers suspendirt, zu sich; darauf wurden sie angehalten eine Stunde lang die Rückenlage mit erhobenem Becken einzunehmen. Gewöhnlich wurden 200 Grm. Bismuth verbraucht; trotz dieser grossen Dosis wurden in keinem Falle irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen constatirt. Der Erfolg dieser Behandlungsmethode war ein zufriedenstellender. Es werden 10 Krankengeschichten angeführt.

Th. Trapesnikow: «Zoster facialis (z. frontalis, zona ophtalmique) im Anschluss an einem maculösen Syphilid». (Nr. 21).

Bei einem 22-jährigen Herrn traten bald nach dem Abblassen der primären Roseola, heftige Schmerzen in der linken Stirn- und Scheitelbeinregion ein. Bei Druck auf den linken Supraorbitalbogen konnten die Schmerzen noch gesteigert werden. Nach einigen Tagen traten sehr charakteristische Zosterbläschen an inneren Winkeln des linken Auges und an der linken Stirn auf; dabei heftige Schmerzen, Photophobie, Conjunctivitis. Jodkalium übte scheinbar einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Zoster aus.

S. Rawnitzki: «Zur Pathologie und Therapie der Influenza-Pneumonie». (Nr. 22).

Verfasser weist zunächst darauf hin, dass das Influenzagift, wie schon Huschard es ausgesprochen hat, ein Nervengift ist, es beeinflusst das Nerven- und Muskelsystem, vor Allem paralysirt es den Vagus in allen seinen Zweigen; dadurch erhält die Influenza-Pneumonie ihren charakteristischen Typus (starke Athemnoth, Cyanose, Herzschwäche). Beim Zustandekommen der Pneumonie spielen 4 Factoren eine Rolle: 1) Die reizende Einwirkung der Influenzamikroben. 2) Die lähmende Wirkung des Influenzagiftes auf das Nervensystem, namentlich auf den Vagus. 3) Herzschwäche, theilweise durch Stauungen im Lungenkreislauf. 4) Indirecter Einfluss des catarrhalischen Zustandes der inneren Organe (Atonie der Muskulatur). Die Therapie muss zunächst in Hebung der Herzthätigkeit und Verstärkung der Erregbarkeit des Muskel- und Nervensystems bestehen. Zur Hebung der Herzthätigkeit verordnet Verf. Digitalis. pro die 0,75—1,0; grössere Dosen wendet er nicht an. Um auf den Vagus einzuwirken, verordnet Verf. gleichzeitig Strychnin und zwar innerlich, 3 mal täglich a 0,002 in Pulverform; auch kann man Strychnin subcutan anwenden. Die Pulver verordnet Verf. auf 3—5 Tage. Um den Organismus im Kampf gegen die Infection zu unterstützen verordnet R. Milchdiät und reichliche Alkoholmengen (Wein und Cognac). Die auf diese Weise erzielten Resultate waren sehr gute: selbst in verzweifelten Fällen (ausführlicher Krankenbericht) versagte diese Therapie nicht.

S. Jakowlew: «Ueber die chronische Erkrankung der Prostata im Verlauf der Gonorrhoe». (Nr. 23).

Erfahrungen aus der Tarnovski'schen Klinik. Verf. hat 97 Fälle von chronischer Prostatitis und 11 Fälle von reiner Prostatorrhoe beobachtet. Nach seinen Erfahrungen muss die Prostatorrhoe streng von der chronischen Entzündung der Vorsteherdrüse getrennt werden; sie steht in keiner Beziehung zur Gonorrhoe; es ist eine Hypersecretion der Prostata, die von einer krankhaften Erregung des Nervensystems abhängt und wird gewöhnlich bei Neurasthenikern beobachtet. Die chronische Prostatitis tritt gewöhnlich in Gefolge einer Urethritis posterior auf. Bei der rectalen Untersuchung findet man die Drüse geschwellt, von ungleichmässiger Consistenz, schmerzhaft auf Druck, dabei fliessen aus der Urethra einige schleimig-eitrige Tropfen ab. In anderen Fällen ist die geschwellte Drüse auf Druck gar nicht empfindlich, der Ausfluss aus der Urethra ist aber viel bedeutender; oder aber die Drüse ist ganz gleichmässig geschwellt (in 3 von 97 Fällen) von fester Consistenz, es besteht kein Ausfluss. Auf Grund dieser Befunde kann man 3 Formen unterscheiden 1) interstitielle, 2) catarrhalische und 3) gemischte, hierzu kommt noch als 4. seltene Form die Bildung kleiner chronischer Abscedirungen. Verfasser hat 3 Fälle von solchen Abscessen beobachtet; sie verliefen fast symptomenlos und täuschten eine subacute Gonorrhoe vor. Den Hauptfactor bei der Behandlung der chronischen Prostatitis bildete die von Ebermann eingeführte Massage der Prostata; diese führte Verfasser 2—3 mal wöchentlich (Dauer 2—5 Minuten) aus, daneben wurde die pars prostatica urethrae (nur diese!) mit 2—4 pCt. Argentum nitricum geätzt, Suppositorien oder kleine Clysmen aus Jodkali, in letzter Zeit aus Ichthyol angewandt. Nach dieser Behandlungsmethode konnten Fälle die Jahre lang bestanden haben, im Verlauf von 2—3 Monaten geheilt werden.

J. Neustab: «Ein Fall von acuter Entzündung der Gallengänge». (Nr. 24).

Ausführlicher Krankenbericht. Der Cholangoitis waren Gallensteinkoliken vorangegangen. Bezüglich der Therapie der Gallengangsentzündung macht Verf. auf die günstige Wirkung des Jodkalium und des Chininum salicylicum aufmerksam.

A. Schiltow: «Kritik der suggestiven Behandlungsmethode der functionellen Erkrankungen». (Nr. 25).

Die Ausführungen des Verfassers gipfeln darin, dass die Hauptrolle bei dem therapeutischen Effect nicht der Hypnose, sondern der Suggestion, als solcher, zukomme. Verf. hat die eclatantesten Erfolge zu verzeichnen gehabt im wachen Zustande der Patienten oder im sogenannten Halbschlummer, wobei die Kranken bei völligem Bewusstsein bleiben. Der Schlaf an und für sich erhöht nicht die Empfänglichkeit des Gehirns.

M. Holowtschiner: «Febris puerperalis (septicaemia) Parotitis metastatica duplex. Erysipelas migrans. Heilung». (Nr. 26).

N. Schewelew: «Ein mit der Nahrung verschluckter Knochen als Ursache eines Abscesses in der Afterrigion». (Nr. 26).

Die Länge des verschluckten Fleischknochens betrug 3 Cm. die Breite ½ Cm. Interessant ist, dass der Knochen den ganzen Darmtractus durchging, ohne letzteren zu laediren, erst im Rectum blieb er stecken, durchriss die Rectalwand und verursachte einen Abscess.

N. Fedtschenko: «Zur Behandlung der Lepra» (aus der Unna'schen Klinik). (Nr. 27).

Verfasser berichtet über die Behandlungsmethoden der Lepra auf der bekannten dermatologischen Klinik in Hamburg. Die Therapie muss folgende 3 Punkte berücksichtigen. 1) Verbesserung der Blut- und Lymphcirculation in den befallenen Hautpartien. 2) Befreiung der Bacillen durch Auflösung oder Zerstörung der sie einschliessenden Zoogloeamasse. 3) Vernichtung der Bacillen. Ad. 1 erweisen sich als sehr wirksam heisse Bäder, heisse Umschläge mit daran anschliessender Massage. Die heissen Bäder verbessern nicht nur die Circulationsverhältnisse in den Lepraknoten, sondern sie bewirken zum Theil auch ein Auflösen des fettigen Substrates der Zoogloeamasse, sind also auch ad. 2 wirksam. Besondere günstige Wirkung hat Verf. von dem sog. Unna'schen Mikrobrenner gesehen. Ad. 3 werden die reducirenden Mittel verwendet. An erster Stelle steht Pyrogallol, dann folgen Chrysarobin. Resorcin, Ichthyol und Acidum salicylicum. Dieselben können percutan und subcutan angewandt werden. Als Salben (5—10—15 pCt.) eignen sich am besten Resorcin, Ichthyol und Salicyl; Chrysorobin und Pyrogallol bewirken häufig eine zu starke Reizung. Unna fand Compositionssalben am geeignetsten: 1) Pyrogalloli, Ammonii sulfichthyolici āā 5,0; Acidi salicylici 2,0; Vaselini flavi 88,0. 2) Chrisarobini. Ammonii sulfichthyol. āā 5,0 Acidi salic. 2,0: Vaselini flavi 88,8. 3) Resorcini puri, Ammonii sulfichthyol. āā 5,0; Acidi salicylici 2,0; Vaselini flavi 88,0. Auch die Unna'schen Pflastermulle erweisen sich sehr nützlich so 1) das Unna'sche Kreosot-Salicyl Pflastermull. 2) Emplastrum Chrysarobini (5—10 pCt.). 3) Emplastrum Pyrogalloli (5—10 pCt.). Bleiben nach dem Verschwinden der Lepraknoten Hautinfiltrate nach so wendet man Jod an: Tinct. Jodi 40,0 Ol. Caryophyllorum 10,0; nach dem Aufpinseln werden die Stellen mit Guttaperchapapier bedeckt.

Zu subcutanen Injectionen sind folgende Formeln rationell: 1) Ol. Olivarum 20.0. Resorcini pur. 0,5—1,0. 2) Spirit. saponato-kalin. 2,0; Acidi carbolici conc. 1,0; Aquae destillat 100,0. 3) Spirit. sapon. Kalin. 2,0 Ichthyol 1,0; Aquae destillatae 100,0.

Von diesen Lösungen wird ½—1 ganze Pravaz'sche Spritze in den Knoten hineingebracht. Sind die Knoten so fest, dass die Nadel nicht eindringen kann, so empfiehlt Unna die Injection der Flüssigkeit mittels Electricität. Zum Schluss macht Verfasser auf die günstige Wirkung des Ichthyols, per os gegeben, aufmerksam. Man verordnet zunächst 0,5 und kann dann bis 4,0 auch bis 6,0 pro die steigen. Von dem Ol. Chaulmoograe sah man auf der Unna'schen Klinik keinen Nutzen.

J. Baumholz: «Vergleichende Bestimmung der Salzsäure im Mageninhalt nach der Methode von G. Toepfer und nach der von Prout-Winter». (Nr. 28).

Die Untersuchungen des Verf. haben ergeben, dass die Toepfer'sche Methode (siehe Zeitschrift für physiolog. Chemie Bd. XIX, Heft 1. 1894) für klinische und praktische Zwecke brauchbar ist, dabei raubt diese Methode nicht viel Zeit; genaue Daten erhält man jedoch mit der Prout-Winter'schen Methode.

Abelmann.

Russkaja Medicina. № 21—31.

N. Strjelnikow: «Zur Frage von der Schleimbildung bei Catarrhen der Athmungsorgane» (№ 21, 22).

Die Untersuchungen des Verfassers wurden an Hunden und Kaninchen angestellt; die Reizung der Schleimhaut wurde theilweise durch Einathmung stark reizender Medicamente, theilweise durch mechanische Reizung von der Tracheotomiewunde aus bewerkstelligt. Auch führte Verf. mikroskopische Untersuchungen der Trachealschleimhaut von an Typhus, Tuberculosis und Pneumonie Verstorbenen aus. Die Resultate fasst S. in Folgendem zusammen.

1. Die nach Reizung der Tracheal und Bronchialschleimhaut auftretenden Veränderungen des Epithels und die mikroskopischen Bilder der Katarrhe sind sehr verschieden.

2. Während bei eitrigem Katarrh ein Oedem der Schleimhaut und Infiltration derselben mit Leucocythen hervortreten, findet man beim schleimigen Katarrh zunächst eine starke Schleimhypersecretion und Vermehrung der Schleimbildenden Becherzellen.

3. Die Becherzellen der Trachea und der Bronchen entstehen aus den Epithelzellen und functioniren als schleimbildende Zellen, gehen dabei nie in Flimmerzellen über (wie es Brasch behauptet).

4. Bei schleimiger Metamorphose treten ohne Zweifel chemische Veränderungen im Protoplasma und Kern der Becherzellen auf (Safraninfärbung).

5. In den Schleimdrüsen der Trachea beobachtet man bei Reizung der Schleimhaut indirecte Kerntheilung.

6. Die Becherzellen der menschlichen Trachea stimmen in Form und Färbung völlig mit denen der Thiere (Hunde und Kaninchen überein).

L. Buchstab: «Ueber die Bedeutung der künstlich hervorgerufenen Leucocythose bei der Cholerainfection.» (№ 22, 23).

Verfasser hat an Meerschweinchen und Tauben experimentirt. Die Cholerainfection geschah durch Injection in die Bauchhöhle von vollvirulenten Choleraculturen (Näheres im Original), die Leucocythose wurde hervorgebracht durch Einführung von 1 pCt. Papayotin- oder Abrin-Lösung (0,5—1 Ccm.). Es wurde zunächst in das Peritoneum 2 ccm. einer Cholera-Bouilloncultur injicirt und nach 3 Stunden 0,5—1,0 Abrinlösung oder Papayotinlösung. Das auf diese Weise behandelte Thier blieb am Leben, während das Controlthier nach 12 Stunden zu Grunde ging. Bei den Controlthieren fand B. im Peritoneum sehr geringe Mengen eines wenig trüben flüssigen, beweglichen Exsudates. Leucocythen nur sehr wenige, während bei den mit Papayotin und Abrin behandelten Thieren grosse



Mengen eines dickflüssigen, wenig beweglichen Exsudates (Peritonitis fibrosa) zu finden waren (sehr viele Leucocyten). Weitere Untersuchungen ergaben. dass ein Meerschweinchen bei Behandlung mit künstlich erzeugter Leucocythose nur 4 ccm. der virulenten Cholera-Bouilloncultur ertragen kann, bei Injection grösserer Dosen geht das Thier trotz Papayotin und Abrin zu Grunde.

N. Muchin: «Die klinischen Formen der medullären Syphilis.» (№ 23—25). (2 Vorlesungen).

Die Vorlesungen bringen eine systematische Zusammenstellung des über diese Frage bekannten Materials.

P. Matzokin: «2 Fälle von frühzeitigen Befallensein des Gehirns bei Syphilis.» (№ 24).

In beiden Fällen waren Lähmungserscheinungen zu constatiren, die einer energischen Quecksilber- und Jodkali-Cur rasch wichen. Im ersten Falle trat eine linksseitige Hemiplegie mit Paralyse des Facialis und Hypoglossus ungefähr 10 Monate nach stattgehabter Infection auf; im 2. Falle beobachtete M. eine Lähmung der linken oberen Extremität und des facialis, die 8 Monate nach dem Primäraffect einsetzte.

J. Troitzki: «Die Bedeutung der sterilisirten Milch als Nahrungsmittel für kranke Kinder.» (№ 25—27).

Verfasser erkennt vollauf die grosse Bedeutung der sterilisirten Milch als Nahrungsmittel bei den verschiedenen Erkrankungen des Darmtractus der Kinder; doch ist est sehr fraglich ob dieses Surrogat auch als die rationelle Methode der Auffütterung und Zufütterung bei gesunden Kindern anzusehen sei (einige Autoren halten die sterilisirte Milch für weniger nahrhaft). Zur Erhaltung von guter sterilisirter Milch ist erforderlich 1. Unbedingte Reinlichkeit und Sauberkeit im Kuhstalle. 2. Sorgfältige Herstellung und Aufbewahrung der Milch. 3 Sorgfältige Reinigung der Gefässe, in denen die Milch sterilisirt wird.

G. Rodsewitsch: «Aus der gynäcologischen Praxis.» (№ 25—30)

1. Plötzliches Versiegen der Milchsecretion bei einer Amme unter dem Einflusse eines Schrecks. Eine 20-jährige gesunde Amme wurde von einem grossen Hunde erschreckt sie fiel dabei zu Boden. Die vollen Brüste fielen sofort zu reinen Hautlappen zusammen, es konnte kein Tropfen Milch ausgedrückt werden. Nach 8 Tagen trat wieder normale Milchsecretion auf. Verf. liess die Amme viel trinken (Thee, Bier, Milch) verordnete Bromchinin gegen die starken Kopfschmerzen und massirte täglich die Brüste.

2. Ein Fall von Hemeralopie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Es handelte sich um eine anämische Person; die Hemeralopie trat zur Zeit der grossen Fasten auf.

3. Ein Fall von mangelhafter Entwickelung der weiblichen Geschlechtsorgane. Eine 23 jährige, verheiratete Frau wandte sich an R. mit der Bitte ihr ein Zeugniss auszustellen. dass sie der Cohabitation unfähig ist. Verf. fand: mangelhaft entwickelte Brüste, völliges Fehlen des Uterus und seiner Anhänge. Die Vagina stellte einen kleinen Blindsack dar mit sehr dünnen Wänden, clitoris und Hymen fehlten, die kleinen Schamlippen rudimentär entwickelt. Verfasser findet, dass man in solchen Fällen wohl berechtigt ist ein Zeugniss auszustellen. dass die betreffende Person nicht beschlafsfähig ist, da die rudimentäre Scheide leicht einreissen kann und bei Anwendung von einiger Gewalt schwere Störungen hervorgerufen werden können.

4. Ein Fall von leichter Dehnbarkeit der Urethra bei einer Primipara.

5. Frühzeitige Geburt im Watterclosett.

6. Ein Fall von Dentitio in utero. Verfasser constatirte bei einem Neugeborenen, nicht grade kräftigen Knaben das Vorhandensein der zwei mittleren oberen Schneidezähne.

M. Werbitzky: «Ueber die Wirkung des Spermins bei Tabes dorsualis.» (№ 29 und 30).

An 2 Patienten mit ausgesprochenen Symptomen der Tabes hat Verfasser das Poehl'sche Spermin angewandt und erzielte recht gute Resultate: vor allem konnte das Allgemeinbefinden gehoben werden, die Schmerzen schwanden, die Hautsensibilität besserte sich zusehends und zwar sowohl der Ortsinn, Muskelsinn, wie auch der Temperatursinn und das Schmerzgefühl die ataktischen Störungen wurden viel geringer; in einem Falle konnte die Ptosis gehoben werden, doch blieb die Parese der Glottiserweiterer bestehen.

D. Nikolski: «Spermin gegen asiatische Cholera.» (№ 30).

In einem Falle angewandt, Resultat vollständig negativ.

M. Isatschik: «Ungewöhnliche Localisation des ulcus molle.» (№ 31).

Das Geschwür befand sich in der Gegend der linken unteren Rippen und war offenbar dorthin vom Patienten selbst, der mehrere chancröse Geschwüre in sulcus retroglandularis penis hatte, inoculirt worden.

Abelmann.

Wesfnik oftalmologii. Mai — Juni 1894.

A. Chodin: «Ueber die spontanen Blutungen in dem Glaskörper, und die Bildung von festem Bindegewebe im Glaskörper und der Netzhaut. (Retinitis proliferans Manz.) Schluss. Beginn der Mittheilung im Januar—Februarhefte.

Die recht umfangreiche und die einschlägige Literatur ausführlich berücksichtigende Arbeit knüpft an einen von Chodin selber beobachteten Fall an. 29-jähriger Militairschreiber. Patient stellte sich im März 1883 zum ersten Male vor, hatte aber schon seit 1877 an vorübergehenden, aber lange andauernden Verdunkelungen des Gesichtes gelitten. Als Kind ist er ein mal vom Wagen gefallen und darnach längere Zeit bewusstlos gewesen. In den Knabenjahren oft an starkem Nasenbluten gelitten. 1875 heftige rechtsseitige Kopfschmerzen. welche spontan im Laufe des Jahres aufhörten. Sonst Anamnese negativ. Status präsens: Strabismus divergens oc. sin. Ofthalmoskopisch im rechten Auge diffuse und flottirende Glaskörpertrübung V = 1/50 G. F. anscheinend gut. Das linke Auge zeigt bei seitlicher Beleuchtung hell-weissen Pupillarreflex. Oftalmoskopisch lässt sich, unten und aussen von der Pupille beginnend eine weisse, in den Glaskörperraum vorragende fettige und streifige Masse erkennen. Von dieser festen weissen Masse zwingen sich dann noch zahlreiche dünnere graue fäden- und faltenförmige Trübungen in den Glaskörperraum hinein ab. Innerhalb der übersehbaren Netzhaut zahlreiche starke Pigmentveränderungen V = [illegible] F. G. sehr ungleichmässig eingeengt. Im Laufe zweier Monate trotz verschiedenster Behandlung keine Besserung des rechten Auges, aber nach 4 Monaten V = 20/?0. In der Netzhaut des rechten Auges oberhalb der Pupille eine grauweissliche streifige Trübung mit fadenförmigen Ausläufern. Nach 5 Monaten rechts V = 20/50. G. F. gut. Trübung in der Netzhaut unverändert.

Chodin deutet seinen Fall rechtsseitig als «spontane recidivirende Blutung in den Glaskörper» und linksseitig als «spontane Entwickelung von Bindegewebe im Glaskörper und in der Netzhaut».

Chodin vertritt die Ansicht die Bildung von Bindegewebe sei die Folge der recidivirenden Blutungen.

R. Katz: «Ueber Zerstreuungskreise des Lichts und die stenopeische Oeffnung».

Zurückgreifend auf die allbekannte Thatsache, dass eine stenopeische Oeffnung, welche vor ein kurzsichtiges oder weitsichtiges Auge gehalten wird, die Sehschärfe dieser Augen bessert, stellte Katz Versuche an, welche folgende Resultate gaben. Katz ist Myop 1,5 D. bei voller Sehschärfe, die Weite seiner Pupillen schwankt zwischen 3 und 3,5 Mm.

Hatte die vor das Auge gehaltene stenopeische Oeffnung einen Durchmesser von 3 Mm. — so betrug die Sehschärfe 0.4. gleich wie mit vollständig unbewaffnetem Auge.

2	Mm.	Sehschärfe	0 6
1.5	»	»	0.9
1	»	»	<1
0.8	»	»	0.8
0.6	»	»	0,6
0,5	»	»	0.4<0,5
0.4	»	»	0.3
0,3	»	»	0,2
0,2	»	»	0,1

Bei bestehender Ametropie von t 1 D. bis t 1,5 D. wird die Sehschärfe also nahezu normal wenn eine stenopeische Oeffnung von 1 Mm. Durchmesser vor das Auge gehalten wird. Beträgt die Ametropie dagegen mehr, ist dieselbe z. B. t 3 D. so wird die beste Sehschärfe erzielt, wenn die vorgehaltene stenopeische Oeffnung einen Durchmesser von 0,7 Mm. hat etc. Dieses Verhältniss wird durch eine Tabelle für verschiedene Ametropiegrade veranschaulicht. Bleibt der Durchmesser der stenopeischen Oeffnung immer gleich 1 Mm. so ist die Aufbesserung der Sehschärfe um so geringer je höher der Ametropiegrad ist. z. B. bei 1 Mm. Durchmesser und t 1 D. Ametropie ist die Sehschärfe gleich 1; bei 1 Mm. Durchmesser und t 8 D. Ametropie ist die Sehschärfe gleich 0,1. Je höher die Ametro-

pie um so kleiner muss der Durchmesser der stenopeischen Spalte werden. Bei 12—15 t D. ist die Sehschärfe z. B. am besten, wenn der Durchmesser 0,5 Mm. beträgt. Für den Astigmatismus liegt die Sache ähnlich. Auf diese Weise lässt sich der Grad einer Ametropie annähernd richtig bestimmen und lässt sich noch besser Ametropie von Ambliopie unterscheiden.

M. Sergejew: «Ueber die Beziehungen einiger Spinal und Hirnnerven zur Blutbewegung, beobachtet an der Nickhaut des Froschauges.

W. J. Dolschenkow: «Milchsäure bei der Behandlung von Hornhautgeschwüren».

Er pinselte oder träufelte eine 50 pCt. Lösung von Milchsäure auf die Geschwüre. Innerhalb des gesammten Defectes bildet sich sofort ein weisser Schorf, der sehr leicht zerfällt und in einigen Tagen abgestossen wird. Der Schmerzhaftigkeit wegen zuvor Cocain. Die Beizung mus sehr vorsichtig und mit Schonung der nicht geschwürigen Hornhautpartien gemacht werden. D. empfiehlt diese Beizung in den Fällen wo der geschwürige Process septischen Ursprunges fortschreitend ist. Seine Indicationen fallen durchaus mit denen zusammen, wo man heutzutage zur Glühschlinge greift.

W. Dolganow: «Ein seltener Fall tiefer physiologischer Excavation.»

Deutsch: in Knapp's Archiv f. Augenheilkunde B. 28. Heft 4.

J. Nikoljukin: «Bericht über 204 Cataractoperationen in der Landpraxis.»

Iridectomie ist Regel. Den Staar luxirt er in der Kapsel heraus ohne Cystotome anzuwenden 4 pCt. Verlust. Am 12. Tage wurden die meisten Patienten bereits entlassen. Als guter Erfolg gilt Fingerzählen in 8—12 Meter mit dem Staarglase. mittlerer Erfolg wenn Finger in 5--7 Meter gezählt werden.

G—n.

Medicinskoje Obosrenije. Nr. 14 und 15.

A. Koschewnikow: «Eine besondere Art der corticalen Epilepsie». (№ 14).

Verfasser gibt einen ausführlichen Bericht ueber 4 von ihm beobachtete Fälle von Rindenepilepsie. Von der gewöhnlichen corticalen Epilepsie unterschieden sich diese Fälle dadurch dass die Krämpfe in dem einen oder anderen Körpergebiete beständig waren und nur von Zeit zu Zeit in einen schweren epileptischen Anfall mit Verlust des Bewusstseins ausarteten. Die Krankheit bezeichnet K. als epilepsia corticalis partialis continua. Die Aetiologie ist dunkel, es liessen sich keine Ursachen nachweisen. Bezüglich der Natur des Processes schliesst K. Thrombose, Apoplexie und Abscessbildung aus; der Verlauf spricht eher für eine Sclerosis cerebri, als Resultat einer Encephalitis.

W. Tipjakow: «Einige Fälle von Extrauterin gravidität». (№ 14).

Casuistischer Beitrag

6 Fälle von Graviditas extrauterina behandelt theils durch Laparotomie, theils durch Punktion oder Incision des Sackes vom Scheidengewölbe aus.

L Swershewski: Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Asthma bronchiale». (№ 14).

Verfasser hat im Verlaufe von 3 Wochen tägliche Blutuntersuchungen an einem mit Bronchialasthma behafteten Patienten angestellt. Gewöhnlich wurde das Blut vor und nach dem Anfalle untersucht. Er fand: 1) Sowohl die absolute, als auch die relative Zahl der eosinophilen Zellen vermehrt. 2) Vor dem Anfalle wird eine Vermehrung, nach dem Anfalle eine Verminderung der eosinophilen Zellen constatirt. 3) Vor dem Anfalle ist die Menge der Lymphocythen grösser, als nach dem Anfalle. 4) Dagegen ist die Zahl der neutrophilen Zellen vor dem Anfalle verringert, nach dem Anfalle vermehrt. 5) Die Menge des Hämoglobins, das specifische Gewicht des Blutes, die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen sind etwas vermehrt, besonders während des Anfalles. Die angewandten Mittel, wie Infus. euphorb. pilul., codein, chloralhydrat, Atropin, Electrisation, (die letzteren Mittel waren gegen den Anfall sehr wirksam) hatten keinen Einfluss auf die Zahl der eosinophilen Zellen.

N. Blagowjeschtschenski: «Ueber den Einfluss des Erysipels auf den Verlauf und den Ausgang der asiatischen Cholera». (№ 15).

Im Hospital zu Merw (transkaukasisches Gebiet) beobachtete B. bei 2 Männern und 2 Frauen die Coincidenz des Erysipels mit der asiatischen Cholera. Erstere Erkrankung setzte im Stadium algidum der Cholera ein und beeinflusste sofort den Verlauf der Krankheit. Die niedrige Temperatur wich sofort der bekannten hohen Temperaturcurve der Rose; die Durchfälle und Krämpfe hörten, wie mit einem Schlage auf, und der Allgemeinzustand besserte sich in auffallender Weise; schon nach 24 Stunden verschwindet der apathische Zustand, auch die Anurie hört auf, Appetit und Schlaf kehren zurück. Wenn man annehmen kann, dass unter dem Einflusse des von den Cholerabacillen producirten Giftes die Centren für die Wärmebildung gelähmt werden, so lässt sich nach Verf. auch folgern, dass unter dem Einflusse des von den Erysipelkokken producirten Toxins die Centren die normale Erregung wieder erhalten.

D. Nikolski: «Ein Fall von Hepatitis suppurativa bei asiatischer Cholera». (№ 15).

I. Polissadow: «Zur Frage von der radicalen Heilung der Hernien». (№ 15).

Verfasser ist der Ansicht, dass man die Radicaloperation in allen Fällen, wo Hernien constatirt sind, anzuwenden habe; Contraindication geben nur schwere allgemeine Erkrankungen seniler Marasmus und Störungen des Kreislaufes, die die Narcose verbieten. Als Operationsmethode wählt P. die Championnière'sche. Beschreibung von 7 Fällen.

W. Tipjakow: «Ein Fall von herniöser Ausstülpung des omentum minus». (№ 15).

A. Muratow: «Ueber verschiedene Veränderungen im Organismus nach Entfernung der Uterusadnexa.» (№ 15).

Die in Folge von Entfernungen der Ovarien und Tuben auftretenden schwere nervöse Störungen, welche sich bis zu epileptischen Anfällen steigern können, können durch radicale Entfernung der Uterusadnexa geheilt werden. Doch bleiben zuweilen sowohl locale Symptome. als auch allgemeine nervöse Störungen zurück, was darin seine Erklärung findet, dass nicht immer Alles Krankhafte zu entfernen geht: häufig können die pathologisch veränderten Eierstöcke wegen unlösbarer Adhäsionen in toto nicht entfernt werden. In den meisten Fällen schwinden jedoch, wenn auch langsam, die vor der Operation bestandenen Krankheitszustände. Verf. verfügte über ein Material von 10 Fällen (meist chronische oophoritis und salpingitis). Nach der Exstripation der Uterusadnexa trat immer Linderung und allmähliches Verschwinden der nervösen Störungen ein. Die Operation muss als ultimum refugium angesehen werden.

N. Schewelew: «Ein Haematom der grossen Schamlippe». (№ 15).

Das Haematom entwickelte sich unter der Geburt und erreichte die Grösse einer Männerfaust. Die Geschwulst resorbirte sich nicht, und musste S. nach einigen Tagen incidiren; es entleerte sich eine blutige Flüssigkeit, die Blutcoagula wurden entfernt und die Wunde antiseptisch behandelt.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. Mai—Juni. № V—VI 1894.

P. Michin: «Zur Frage von der Extrauteringravidität». (V).

Im Anschluss an einige Bemerkungen über die Häufigkeit der Extrauterinschwangerschaften giebt Verf. eine Statistik von 198 in den letzten 2 Jahren veröffentlichen Fällen (161 Tuber-, 15 Abdominal-, 4 Ovarial-, 3 Tubo-abdominalschwangerschaften etc.), bespricht darauf die diagnostischen Merkmale dieses Leidens, welche er in unmittelbar durch Vergrösserung des Organes (Tube, Eierstock) bedingte Erscheinungen eintheilt und in solche, welche durch den symptomatischen Einfluss der Schwangerschaft als solcher auf den ganzen Organismus hervorgerufen werden. Erörterungen über die Aetiologie schliesst sich die Wiedergabe von Krankengeschichten an. M. berichtet über 8 Fälle von Extrauterinschwangerschaft, welche alle operativ behandelt wurden und von welchen nur 1 Fall letal verlief. Seine Ansichten bezüglich der Therapie



fasst M. in folgenden Sätzen zusammen. 1) In Fällen von Extrauterinschwangerschaft in welchen eine Ruptur des Sackes im Laufe der ersten 6 Wochen stattgefunden hat und die innere Blutung sistirt, kann auf eine Heilung durch Resorption gerechnet werden. 2) In allen anderen, sicher diagnosticirten Fällen, ist ein operativer Eingriff indicirt; je früher derselbe vorgenommen wird, um so günstiger ist die Prognose. 3) Als ideale kann die Operationsmethode bezeichnet werden, durch welche der ganze Sack entfernt wird. 4) In einigen besonders glücklichen Fällen kann die Frucht sich bis zum Stadium einer «Ausgetragenen» entwickeln und dann durch Köliotomia lebend entfernt werden.

D. S. Schzëtkin: «Zur Frage von der gerichtlich-medicinischen Bedeutung der Einrissstelle eines ringförmigen Hymens bei Masturbation». (V).

Auf 2 einschlägige Beobachtungen sich stützende Schlüsse des Verf. Zum Schlusse wird ein Schema empfohlen, um für vorkommende Fälle die Stelle des Einrisses besser praecisiren zu können.

A. J. Iwanow: «Zur Frage von den durch Fibromyome complicirten Geburten». (V).

Im Allgemeinen kann man behaupten, dass im Fundus sitzende Tumoren für den Geburtsact viel weniger gefährlich sind, als die im unteren Segmente und im Cervix gelegenen. Der Einfluss der Neubildung kann sich äussern 1) in Verlegung des Geburtskanales und in Veränderung seines Umfanges 2) in unregelmässigen, sehr starken, zugleich aber auch wenig fruchtenden Contractionen der Gebärmutter. 3) in lokalen traumatischen Verletzungen, Rupturen, Blutungen, Placentaretentionen und in 4) Veränderungen des normalen Geburtsmechanismus. In dem Bereich seiner Betrachtungen, bezüglich der Therapie, zieht Verf. nur diejenigen Fibrome, welche ihren Sitz im unteren Segmente und im Cervix haben in so fern sie den normalen Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt stören.

Treten im Verlaufe der Schwangerschaft keinerlei Besorgniss-erregende Umstände ein, so ist ein expectatives Verhalten, wenigstens bis zu dem Zeitpunkte wo das Kind lebensfähig ist, indicirt. Ist die Geburt schon im Gange, so versuche man in den Wehenpausen, bei Rücken- oder Knieellenbogen-Lage der Pat., die Geschwulst aus dem kleinen Becken zu drängen. Zuweilen tritt in der ersten oder zweiten Geburtsperiode der Tumor spontan aus dem kleinen Becken heraus, worauf die Geburt ohne weitere Hindernisse verlaufen kann. Häufiger allerdings sieht man sich gezwungen nach Lüftung der Geschwulst die Wendung oder Zangenapplication vorzunehmen. Liegen derartige Verhältnisse von Seiten des Geburtskanales der Frau vor, dass genannte Eingriffe nicht anwendbar sind, oder führen dieselben zu keinem befriedigenden Endresultate, oder wünscht schliesslich die Mutter unbedingt ein lebendes Kind, so muss der Kaiserschnitt ausgeführt werden.

Diese Auseinandersetzungen werden durch eine Krankengeschichte vervollständigt: I para, retrocervicales, ³/₄ der Höhle des kleinen Beckens ausfüllendes, unbewegliches Fibrom. Sectio caesarea. Amputation des Uterus oberhalb des Tumor und Vernähen des Stumpfes im unteren Wundwinkel. Lebendes Kind, glatter Wundverlauf. Nachher Verkleinerung der zurückgelassenen Geschwulst fast um die Hälfte im Verlaufe von 3 Monaten.

W. J. Schtolz: «Die Sache des Dr. Piotrowitsch vom gerichtlich-medicinischen Standpunkte aus». (V).

D. Ott: «Zur operativen Therapie der durch Defect der Harnröhre complicirten Vesicovaginalfisteln». (VI).

In einem Falle von sehr bedeutendem Defect des septum vesico-vaginale, welcher jede Möglichkeit einer restitutio ad integrum ausschloss, versuchte Verf., bevor er an eine Obliteratio vulvae rectalis ging, folgendes Verfahren. Er frischte, um einen Kanal zu erhalten, welcher mit Schleimhaut ausgekleidet wäre und quasi eine Verlängerung der Urethra darstellen sollte, wie bei einer Colpokleisis an, vereinigte jedoch die Schnitte nicht bis zur Bildung einer ringförmigen Anfrischungsfläche, sondern führte dieselben nach unten und vorne längs der inneren Fläche der kleinen Schamlippen bis zur glans clitoridis. Die Anfrischungsfläche sollte demnach die Form eines Hufeisens dessen Mittelstück zum Perineum hin gelegen war und dessen Schenkel in den Seitentheilen des introitus und der kleinen Schamlippen verliefen. Das ca. 1 Cm. breite Schleimhautstück zwischen den beiden Schenkeln wurde nicht entfernt, sondern stellte nach Vereinigung der Wundfläche durch Nähte die Innenfläche des neugebildeten Kanales dar. Das erzielte Resultat war ein ausgezeichnetes. In einem weiteren Falle von angeborenem Defect der Harnröhre operirte Verf. nach demselben Princip, nur dass hier die Anfrischung im Bereich der Harnröhre mit Erhaltung des Vaginallumens vorgenommen wurde.

Ein analoges Operationsverfahren hat schon Schultze gleichzeitig, jedoch unabhängig von Ott geübt und auf dem Kongress in Rom empfohlen.

W. G. Beckmann «Zur Aetiologie der Uterusinversion nach der Geburt.» (VI).

Im Falle B. handelte es sich um eine spontane Inversion des uterus. 23-jährige I para. Normaler Geburtsverlauf. Der Kopf tritt schnell aus, die Nabelschnur ist um den Hals gewunden und geht durch die Achsel durch. Nach Geburt des Kindes Wohlbefinden der Mutter. Nach einer halben Stunde treten heftige Wehen auf, die in Presswehen übergehen. Während einer solchen Wehe stürzt plötzlich ein Blutstrom aus den Genitalien. Die Blutung dauert auch während zweier darauf folgender Wehen an; dann wurde dieselbe geringer und die Wehen hörten auf. Zerren an der Nabelschnur oder Drücken auf den Leib sind sicher ausgeschlossen. B. fand Pat. fast pulslos vor. Aus den Genitalien floss wenig Blut. Durch die Bauchdecken konnte leicht der charakteristische Inversionstrichter gefühlt werden. Bei Entfernung der anscheinend frei in der vagina liegenden Placenta trat der invertirte uterus mit vor die Genitalien; es erwiess sich, dass die mittelgrosse Placenta noch an einem Theile der Peripherie am uterus adhaerirte. Leichte manuelle Lösung. Der vorgefallene invertirte Uterus stellte einen dunkelrothen, etwa Kindskopfgrossen, mässig blutenden Tumor dar. Die Inversion war complett; vom Gebärmutterhalse war nur ein 2½ C. langes Stück nicht invertirt. Eingehen mit der Hand in die Vagina. Versuch einer Dehnung des einschnürenden Ringes bei gleichzeitigem Druck auf den Fundus; kein Erfolg. Ein nochmaliger Reinversionsversuch, bei welchem nur ein Druck auf den unteren Theil der Gebärmutter ausgeübt wurde, war nach einiger Zeit von Erfolg begleitet. Bei Anwendung von Enteroklysmen und Analepticis erholte Pat. sich allmählig, machte ein fieberfreies Wochenbett durch und konnte am 14 Tage das Bett verlassen. Tastbefund normal.

Im Anschluss an diesen seltenen Fall von spontaner Inversion des Uterus unterwirft Verf. die verschiedenen Bedingungen unter welchen es überhaupt zu einer Uterusinversion kommen kann, einer eingehenden Erörterung, welche feststellt, dass unter gewissen Umständen eine Inversion spontan ohne grobe Gewalteinwirkungen oder Kunstfehler eintritt. Gewaltsame Inversionen müssen daher auch bedeutend seltener vorkommen, als man im Allgemeinen annimmt. Die Richtigkeit dieses theoretischen Kalkuls beweist eine Statistik von 100 Fällen, welche Verf. aus der Literatur vom Jahre 1872 bis 1894 gesammelt hat. Dieselbe ergiebt ein bedeutend häufigeres Vorkommen der spontanen (54) als der gewaltsamen (21) Uterusinversionen.

G. G. Pojurowski: «Die Anwendung permanenter Irrigation als Vorbereitung der Vesico-vaginalfisteln zur Operation.» (VI).

Jedem Operateur sind genug Fälle vorgekommen, in welchen eine Fistulorhaphie lange nicht vorgenommen werden konnte, weil die Umgebung der Fistel und die vagina, trotz energischer Anwendung verschiedener Mittel, nicht von allen Membranen und Incrustationen gereinigt werden konnte. In einigen solchen verzweifelten Fällen wurde in der Klinik Prof. Tolotshinow die permanente Irrigation, zuerst der Scheide, späterhin der Blase mit schwachen desinficirenden Lösungen mit gutem Erfolge angewandt, wie aus den 8 ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten ersichtlich ist. Im Ganzen sollen die Pat. die beständige Berieselung sehr gut vertragen; schon nach 2—3 Tagen tritt Linderung des Schmerzes in der Blase und der vagina ein. Auch an die beständige Bettruhe gewöhnen sie sich schnell. Da die sich bildendenden Mmebranen nicht auf Ablagerung harnsaurer Salze allein zurückzuführen sind, sondern ihren Ursprung dem bestehenden Blasenkatarrh verdanken, ist eine so günstige Wirkung solcher Blasenspülungen leicht erklärlich.

A. A. Dranizjn: «Ein Fall von Heilung einer fehlerhaften Entwickelung der Harnröhre und incontinentia urinae» (VI).

Beschreibung eines Falles von angeborenem Defect der Harnröhre, welcher mit günstigem Resultate nach der Methode von Schultze-Ott operirt wurde.

Dobbert.

Дозв. ценз. Спб. 22 Октября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 10. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

Wratsch. № 30—33.

S. Timaschew: «Untersuchung der Luft in den Krankenabtheilungen der inneren Hospitalklinik an der Universität Tomsk.» (№ 30 und 31).

In der therapeutischen Abtheilung herrscht grosse Ueberfüllung, pro Mann kommen 14 Cb. Meter Luft; Diphtherie, Scharlach, Typhus wird nicht separirt. Der mittlere CO_2-Gehalt belief sich auf 2 ‰, auf einem Quadratmeter Diele setzten sich in 15 Minuten 88801 Colonien nieder, 1½ Meter höher 103906; die angeführten Daten reden eine deutliche Sprache.

L. Woinow: «Ueber die Anwendung der Cantanischen Methode an 33 schweren Fällen von Cholera algida im Hospital von Ust-Ishorsk im Petersburger Kreise.» (№ 30 und 32).

Das Hospital zahlte 44 Fälle, darunter 33 algide, von denen 30 nach Cantani behandelt wurden. Von diesen starben 33.3%. Beschreibung des Cantanischen Verfahrens und Angabe statistischer Daten über die Mortalität der Cholera bei verschiedenen Autoren.

B. Lobas: «Zur Casuistik der amöboiden Enteritis.» (№ 30).

Das Bild stellte sich zusammen aus hartnäckigen Durchfällen, die jeder Behandlung trotzten, Abwesenheit von Blut in den Stühlen, fieberloser Verlauf mit meist tödtlichem Ausgang. Die Section zeigte Hypertrophie der Schleimhaut des Magen-Darmtractus, geschwürige Processe im Verlauf des Dickdarmes, die Ränder der Geschwüre unterwühlt, der Grund zerfressen und mit einem grauen schmierigen Belag bedeckt; im Rectum befanden sich stecknadelförmige nahe von einander gelegene Perforationsöffnungen. Unter dem Microscop fanden sich birnförmige Gebilde mit deutlich sichtbarer Hülle und körnigem Inhalt, zu 5—6 Stück zusammen gelagert. Diese Gebilde erinnerten an die von Afanassjew geschilderten.

W. Pletnew und A. Selesnew: «Zur Frage über den bacteriologischen Bestand des Wassers der artesischen Brunnen» (№ 31 u. 32)

Das Wasser erwies sich als äusserst rein: in einem Cbcm. Wasser zeigten sich höchstens 50 Kolonien, in zahlreichen Proben nicht eine. Selbst die gefundenen Bacterien erwiesen sich als unschädliche Saprophyten (bacill. subtilis; sarcina alba, flava, lutea und aurantiaca etc.) Daher ist zur Versorgung mit Trinkwasser die Anlegung von artesischen Brunnen die allerzweckmässigste Maassregel.

N. Jürmann: «Ein Fall von Psychose nach Cholera» (№ 31).

Ein 23 jähriger Soldat zeigte in der Reconvalescenzperiode, am 15. Tage nach der Erkrankung an Cholera Zeichen psychischer Störung: melancholische Depression mit hallucinatorischen Anfällen.

S. Ehrlich: «Zur Frage über die Wirkung der Digitalis auf das menschliche Herz» (№ 31 u. 32).

Bei einem 37 jährigen Manne wurde eine Insufficienz und Stenose der Mitralis, Insufficienz der Aortenklappen allgemeine Arteriosclerose und Sclerose der rechten Coronararterie speciell diagnosticirt. Unter Anwendung von Digitalis hob sich die Diurese, aber die Dyspnoe nahm zu, der Puls wurde frequenter und der Arteriendruck nahm zu.

P. Woinalowitsch: «Geburt bei vollkommener Verwachsung des Cervix.» (№ 31).

Nach einer schweren Geburt hatte sich eine Atresia colli uteri gebildet. Bei der nächsten Schwangerschaft stellten sich zum erwarteten Geburtstermin wehenartige Schmerzen ein, doch trat die Schwangere erst 2 Monate später in die Anstalt ein. Eine Muttermundsöffnung wurde nicht gefunden, das narbige Gewebe wurde incidirt und das abgestorbene Kind perforirt, die Placenta manuell entfernt. Genesung.

A. Poehl: «Anwendung des Sperminum bei Cholera» (№ 32).

Spermin begünstigt die Oxydation in den Geweben und die Entfernung der Leucomaine aus dem Körper. Die Alkalescenz der Körpersäfte, speciell des Blutes, ist herabgesetzt; durch Erhöhung der Oxydation der Gewebe durch Spermin, wird diesem Verhältniss entgegen gearbeitet. Ausserdem wirkt das Spernim auf die Entwickelung der Cholerabacillen hemmend ein. Die Verabfolgung des Spermins im Anfangsstadium der Cholera wird empfohlen.

W. Knjasew: «Homo caudatus» (№ 33).

Bei einem wenige Wochen alten Kinde fand sich 3 Ctm. über dem After eine 1,5 lange stilförmige weiche, bewegliche Geschwulst; unterhalb der Insertionsstelle fand sich ein Grübchen. Das schwanzartige Ende wurde abgetragen.

K. Winogradow: «Zur Frage über die Schwanzbildung beim Menschen» (№ 33).

Beschreibung des, wie oben angeführt, operativ entfernen kleinen Schwanzes. Im centralen Theil desselben fand sich Fettgewebe von Bindegewebe durchzogen, Blutgefässe und Nerven; im peripheren Hautgebilde farblose Härchen und Schweissdrüsen — also ein Gebilde, das aus Haut und Unterhautzellgewebe besteht. Locale Verwachsungen zwischen Eihäuten und Körperoberfläche während des fötalen Lebens (Virchow) ist die wahrscheinlichste Ursache.

W. Burxdorf: «Zur Frage über die Lymphangiome der Haut» (№ 33 und 34).

Verf. recapitulirt die verschiedenen Formen der Lymphangiome: das Lymphangioma simplex, L. tuberosum multiplex, L. cysticum, L. cavernosum, L. varicosum, Einen zur Gruppe des L. simplex circumscriptum gehörigen Fall hat Verf. bei einem 31 jährigen Manne beobachtet. Der Hodensack war bedeckt mit graubraunen, leicht hervortretenden glatten Gebilden von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis Erbsengrösse. Bei Fingerdruck weicht der Inhalt der Bläschen, wie es scheint, in die tieferen Hautschichten; die bläschenförmigen Gibilde waren also nicht allseitig umschlossen, denn nach dem Anstich eines Bläschens entleerte sich in kurzer Zeit so viel einer durchsichtigen Flüssigkeit, dass ein Reagenzgläschen gefüllt wurde. Dabei war ein Abfall der übrigen Bläschen bemerkbar.

J. Popow: «Einige Worte über die Zahncaries bei Soldaten» (№ 33 u. 34).

Besprechung ätiologischer Verhältnisse und statistische Angaben.

A. Kissel: «2 Fälle von Morbus Werlhofii bei Kindern mit tödtlichem Ausgang» (№ 33 u. 34).

Ein 10 jähriges Mädchen trat unter hohem Fieber mit erbsengrossen Petechien und flächenhaften Blutergüssen ins Krankenhaus ein, das Zahnfleisch aufgeworfen und blutend, die linke Mandel und die linke Hälfte des Zäpfchens mit einem schmutzigen Schorf bedeckt, die peripheren Lymphdrüsen geschwellt. Die Untersuchung des Blutes ergab nichts Besonderes, bei der Section zeigten sich Ecchymosen in der Pleura, im Pericardium, Peritoneum, Myocardium etc. und chronisch tuberculöse Veränderungen der linken Lunge. Einen ganz ähnlichen Befund bot ein anderes 6 jähriges Mädchen. In beiden Fällen trat der Tod sehr bald ein.

W. Lesin: «Echinococcus-Cyste der Leber, operirt nach Lindemann Landau» (№ 33).

Bei einem 38 jährigen Manne fand sich eine Echinococcus-Cyste in der Leber, die nach Lindemann und Landaus einzeitiger Operationsmethode operirt wurde. 7 Cm. langer Hautschnitt, Punction der Cyste, übelriechender eitriger Inhalt, Lösung der Cystenwand durch Zug, die vordere Wand der Cyste bestand aus einer Schicht Lebergewebe, breite Eröffnung der vorderen Wand, Stillung der Blutung Entfernug der hervorgezogenen Cystenwand in der Höhe der Bauchwunde, Befestigung der Ränder der Cystenwand durch Naht an die Bauchwunde, eine Oeffnung in der Bauchwunde blieb frei, durch diesen Gang, der in den Rest des Sackes führte, wurde ein Drainrohr eingeführt. Heilung ohne Fistelgang.



A. Levin: «Zur Sclerose der peripheren Venen» (№ 33)

Ein Phthisiker litt an varicöser Erweiterung der linken vena saphena major, dazwischen ein Mal Röthung der Haut längst dem Verlauf der Venen Oedem des Fusses -- ein periphlebitischer Process. Die Ursache gab ein phlebosclerotischer Process ab.

Lingen.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 27–39.

S. Rechtsamer: «Ein Fall von Kleinhirntumor». (№ 27).

Der 20-jährige Patient wurde in das Obuchowhospital aufgenommen mit Klagen über starke Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Erbrechen, welche Erscheinungen ohne bekannte Ursache vor 3 Monaten plötzlich aufgetreten sein sollen. Die genauere Untersuchung ergab leichte Parese des rechten Facialis, Nystagmus, Erweiterung und träge Reaction der Pupillen auf Licht. Gesichtsfeldeinschränkung, ophthalmoskopisch Neuroretinitis atroph. Die Halsmuskeln waren tonisch contrahirt, die Kopfbewegungen in verticaler Richtung begrenzt und langsam. Beim Gehen schwankte Patient mit breitgestellten Beinen von einer Seite zur anderen und beim Schliessen der Augen fiel er meist nach hinten und rechts. Auch von Seiten der Arme bestanden Coordinationsstörungen. Tast-, Ort- und Temperatursinn waren normal, die Sehnenreflexe fehlten, die Hautreflexe ohne Veränderungen. An den inneren Organen liessen sich keine Störungen nachweisen. Die Temperatur war normal, Puls 80. Alle Erscheinungen, namentlich Kopfschmerz und Schwindel nahmen während des Hospitalaufenthalts an Intensität zu, so dass Patient vollkommen bettlägerig wurde und im tiefsten Koma nach 4 Monaten verstarb. Die auf Grund des Symptomencomplexes gestellte klinische Diagnose: Gliosarkoma cerebelli, wahrscheinlich im unteren Theil des Mittellappens mehr nach rechts gelegen, wurde durch die Section bestätigt und ausserdem noch Hydrocephalus internus und lobuläre Pneumonie gefunden.

K. Walter: «Zur Kasuistik der properitonealen Hernien». (№ 28 und 29).

Es handelte sich um einen 23-jährigen Mann, der im December 1892 mit den Symptomen einer Brucheinklemmung im Obuchowhospital Aufnahme fand. Am 6. December war zum ersten Mal rechts eine Inguinalhernie hervorgetreten, die sich reponiren liess, aber nach 2 Tagen wieder zum Vorschein kam und nun allen, äusserst schmerzhaften Repositionsversuchen des Patienten Widerstand leistete. In der Nacht vom 8. auf den 9. December hatte sich der Bruch spontan um die Hälfte verkleinert, dagegen nahmen die Schmerzen im unteren Abschnitt des Leibes zu und es stellte sich Erbrechen ein. Der letzte Stuhl war am 8. December Morgens erfolgt.

Bei der Untersuchung am 10. December war der Leib gespannt, schmerzhaft, tympanitisch, besonders unterhalb des Nabels. Die rechte Hälfte des Scrotum war faustgross, gespannt, von birnenförmiger Gestalt. Wegen der Spannung konnte nur ein von der Gegend des rechten inneren Leistenrings nach oben und links ziehender Strang durchgefühlt werden. Um 9 Uhr Abends desselben Tages wurde die Herniotomie ausgeführt (Dr. A. Trojanow), wobei sich aus dem nicht pathologisch veränderten Bruchsack eine geringe Menge serösen, etwas blutig tingirten Bruchwassers entleerte. Der Bruchsack selbst war leer und nur im Bruchhals befand sich eine leere, unveränderte Darmschlinge. Bei der genauen Palpation der Bauchhöhle durch den weiten inneren Leistenring wurde ein von vorn nach hinten, oben, innen verlaufender Strang gefunden, der mit einem festen Ring abschloss. Zugleich liess sich von aussen durch die erschlafften Bauchdecken ein beinahe kindskopfgrosser frei beweglicher Tumor fühlen, der mit obigem Strang zusammenhing. Es wurde nun ein zweiter Schnitt in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse geführt und dabei ein von Bauchfell überzogener Sack freigelegt, dessen Inhalt eine Darmschlinge bildete und dessen nach hinten führende Fortsetzung in einem 3 Mm. dicken fibrösen Ring von ca. 1 Cm. Durchmesser eingeklemmt war. Nach Lösung der Einklemmung fiel die ca. 30 Cm. lange ziemlich hyperämische Darmschlinge zusammen mit dem Bruchsack und dem atrophirten, an kurzem Samenstrang hängenden rechten Hoden durch die laterale Wunde vor. Letzterer befand sich in einer Höhle mit dem Bruchinhalt, so dass es sich also um eine congenitale Bruchbildung mit offenem proc. vagin. periton. handelte. Nach Fixation der Darmschlingen in der Bauchhöhle wurde die Wunde der linea alba durch eine 3 Etagennaht geschlossen. Der Bruchsack wurde über dem Bruchring quer durchtrennt, ein Theil des Bruchhalses mit dem einklemmenden Ring entfernt und der Rest in der Gegend des inneren Leistenrings vernäht. Zum Schluss Fixation des Samenstrangs und Bildung des Leistenkanals nach Basini, Vernähung der Hautwunde, Tamponade, Druckverband. Nach 7 Tagen war prima intentio erfolgt.

Der Bruchsack bestand also aus zwei Theilen: der eine lag im Hodensack und ging nach oben in einen weiten Bruchhals über, der andere Theil befand sich jenseits der Bauchwand und hatte das wie einen Handschuh übergezogene parietale Blatt des Bauchfells weit in die Bauchhöhle vorgestülpt. Der Hals dieses Bruchsackes lag subserös oder «properitoneal» und ging vom gemeinsamen undeutlich markirten Bruchsackhals aus. Beide Theile bildeten einen zwerchsackähnlichen Bruchsack mit einer Einschnürung am Halse des properitonealen Sackes, d. h. eine Abart der von Krönlein beschriebenen Hernia inguinoproperitonealis. Offenbar hatte Patient durch seine Manipulationen die in den Scrotaltheil vorgefallene Darmschlinge nicht in die Bauchhöhle sondern in den properitonealen Theil des Bruchsacks reponirt, wo die Einklemmung stattfand. Indem er aber in derselben Richtung gewaltsam weiter zu reponiren suchte, führte er eine traumatische Ablösung des properitonealen Sackes von der Umgebung herbei und reponirte den Sack en bloc unter das subperitoneale Gewebe.

Im Mai 1893 (nach Veröffentlichung obigen Falles) wurde ein gleicher im Obuchowhospital operirt (Dr. A. Trojanow). Die Einklemmung des Darmes hatte auch hier im Halse des properitonealen Sackes stattgefunden. Es war aber bereits allgemeine Peritonitis eingetreten, an der Patient trotz gelungener Operation am dritten Tage zu Grunde ging.

N. Wersilow: «Ueber die Epidemiologie der asiatischen Cholera». (№ 28—30).

Genaue Beschreibung einer kleinen Choleraepidemie im Kreise Serpez (Gouv. Plozk) im Winter 1893.

A. Anisimow: «Beitrag zur Lehre über die Vergiftung mit Salzsäure». (№ 30—32).

Nach Anführung der Literatur theilt A. 3 Fälle von Salzsäurevergiftung mit, die er im männlichen Obuchowhospital beobachtete. Im ersten Fall handelte es sich um einen 17-jährigen Patienten, der im Versehen 1 Wasserglas Salzsäure von unbekannter Concentration ausgetrunken hatte und bei dem gleich darauf Erbrechen, Schlingbeschwerden, Speichelfluss und Leibschmerzen auftraten. Der Puls war klein, die Temperatur subnormal, die Urinmenge am zweiten und dritten Tage herabgesetzt, ohne Eiweiss, von stark saurer Reaction. Nach paar Tagen erholte sich Patient bei Milchdiät, Eisblase auf den Leib, Alkalien innerlich vollkommen. Im zweiten Falle, wo der 21-jährige Patient 1½ Unzen starker Salzsäurelösung ausgetrunken hatte, fand sich neben obengenannten Erscheinungen Eiweiss im Urin. Auch hier war die Temperatur im Anfang subnormal und wurde in den folgenden Tagen subfebril. Am zweiten Tage stellte sich mässiger Durchfall ein, der zwei Wochen andauerte. Patient verliess das Hospital am 16. Tage. Der dritte, 33-jährige Patient hatte ein Glas concentrirter Salzsäure suicidii causa ausgetrunken und wurde mit den Erscheinungen der Herzschwäche aufgenommen. Erbrechen fehlte. Die Leber war vergrössert, im Urin Eiweiss. 8 Stunden nach Einnahme erfolgte der Tod im Collaps. Bei der Section erwies sich die Magen- und der obere Theil der Dünndarmschleimhaut mehr oder weniger necrotisirt. In den Gefässen der Muscularis fanden sich Thromben. Die Nieren zeigten das Bild der toxischen Nephritis, die Leber war stark vergrössert, derb, lehmfarben.

G. Swijasheninow: «Uebersicht über die Radicaloperation der Hernien». (№ 31—33).

Kritische Besprechung der verschiedenen Methoden, unter denen der Bassini'schen, die Autor im Marienhospital ausschliesslich pflegt, der Vorzug gebeben wird.

N. Tschistowitsch: «Ueber den Einfluss des Peptons auf die weissen Blutkörperchen». (№ 33).

Autor wendet sich gegen die von E. Botkin (№ 22 der Boln. gas. B., conf. Referat) erhobenen Bedenken in Bezug auf die von T. angestellten Versuche (№ 9 daselbst). Durch neu angestellte Versuche an Kaninchen konnte sich T. nochmals davon überzeugen, dass bereits bei Injection von geringen Mengen einer 1 pCt. Peptonlösung ins Blut (des Ohres) eine deutliche Abnahme der Leukocyten ohne Erscheinungen der Leukolyse zu constatiren war und diese Abnahme selbst bei Einführung von physiologischer Kochsalzlösung eintrat. Ausserdem hält er aber eine 10 pCt. Peptonlösung, wie sie Botkin anwandte, für zu concentrirt, das lange Einwirkenlassen dieser Lösung auf das Blut (bis 5 Stunden) für theoretisch falsch und ebenso das Vermischen von Peptonlösung mit Eiter für wenig beweisend, da letzterer ja aus sterbenden und abgestorbenen Zellen besteht. Zum Schluss meint T., dass unter anderen wichtigen

Momenten vielleicht auch die Leukolyse eine Rolle bei der Abnahme der Leukocytenzahl im Blut spielt und stellt weitere Untersuchungen in Aussicht.

T. Pawlow: «Zur Kasuistik der reflektorischen Ekzeme». (№ 34, 35).

Schon S. P. Botkin hat auf verschiedene Reflexerscheinungen bei Wanderniere aufmerksam gemacht und P. konnte dasselbe bei einer 40-jährigen Kranken, die er im Petersburger Kalinkinhospital beobachtete, bestätigen. Neben anderen nervösen Symptomen wurde Hyperästhesie der Haut der rechten Körperhälfte (rechte Wanderniere) gefunden, die einen günstigen Boden zur Entwickelung eines nässenden Ekzems der Hände, Vorderarme und Kniekehlen, hauptsächlich rechts, abgab. Dasselbe widerstand allen inneren und äusseren Mitteln und wich sofort bei Anlegung einer passenden Bandage; wurde dieselbe abgelegt, so trat das Ekzem wieder auf. In Folge von Untersuchungen an einer Reihe von Hautkranken nimmt P. an, dass stets zwei Ursachen zum Zustandekommen eines Ekzems nöthig sind: 1) irgend ein äusserer Reiz und 2) eine gleichzeitige Erhöhung der Hautsensibilität, die im mitgetheilten Falle durch die Wanderniere bedingt wurde.

W. Kudrewetzki: «Der Kampf des Organismus mit dem Diphtherievirus». (№ 34, 35).

Autor injicirte weissen Mäusen stark virulente Diphtheriekulturen, entnahm darauf der Injectionsstelle etwas vom gebildeten Exsudat und konnte unter dem Mikroskop im Exsudat alle Stadien der Phagocytose verfolgen. Dasselbe wurde beim Meerschweinchen beobachtet, nur war hier die Phagocytose weniger stark ausgeprägt, ein Verhalten, das vollkommen mit der Metschnikow'schen Theorie übereinstimmt, nach welcher der verschieden hohe Grad der Immunität von der mehr oder weniger ausgebildeten Kampffähigkeit der Phagocyten mit den Krankheitserregern abhängt. Ausserdem aber tritt im Kampf gegen die Diphtherie noch ein anderes Moment auf, nämlich die Fähigkeit der Gewebszellen, vermittelst specifischer von ihnen ausgearbeiteter Antitoxine, die Wirkung der Diphtherietoxine zu paralysiren.

S. Simin: «Ueber Halstumoren». (Nr. 36—38).

Autor giebt eine genaue statistische Uebersicht über 37 im Golizynhospital zu Moskau von 1878—1894 operirte Fälle von Halstumoren. Darunter waren 12 Lymphome, 6 Kröpfe, 4 Cysten, 4 Carcinome, 3 Sarkome, 2 Lymphosarkome, je 1 Fibrom, Enchondrom, Angiom, Cystosarkom, Lipom und ein abgekapselter Abscess. In 35 Fällen wurde die Exstirpation, 2 Mal die Spaltung des Cystensackes vorgenommen. 5 Mal konnte die Exstirpation wegen Verwachsungen mit den grossen Gefässen nicht vollständig beendet werden. 28 Patienten wurden geheilt entlassen, in 5 Fällen wurden Recidive beobachtet, 2 Mal nahm der Tumor (Sarkom) nach partieller Exstirpation rapid zu, in einem Falle erfolgte der Tod durch Blutung aus der Geschwulst (Lymphosarkoma cyst. recid.) 27 Tage nach der Operation. Auf die Lymphome (Hyperplasie der Lymphdrüsen), deren frühzeitige Entfernung er dringend anräth und auf die partielle Exstirpation des Kropfes geht S. näher ein, ohne wesentlich Neues zu bieten.

S. Derjushinski: «Zwei Fälle von Sectio alta mit Blasennaht und ohne Anwendung des Verweilkatheters». (Nr. 36).

Im Januar 1894 fanden im Golizynhospital zu Moskau 2 Knaben (Brüder) von 4 resp. 6 Jahren Aufnahme, die beide an Blasensteinen litten. Am nächsten Tage wurde bei beiden die Sectio alta ausgeführt und beim älteren Bruder ein Stein von gut Haselnussgrösse, beim jüngeren ein etwas kleinerer extrahirt. Sie erwiesen sich als Oxalate mit rauher Oberfläche. Da in beiden Fällen nur geringer Blasenkatarrh bestand, entschloss sich D. zur vollständigen Vernähung der Blasenwunde mit Catgut. Muskeln und Aponeurose wurden mit Seide und darüber die Haut gleichfalls mit Seide vernäht, wonach in den unteren Wundwinkel ein Tampon eingeführt wurde. Die Katheterisirung wurde aufgegeben, da dieselbe Schmerzen verursachte. 4 Stunden nach der Operation erfolgte die erste spontane Urinentleerung, die anfangs ziemlich schmerzhaft war, aber vom dritten Tage an vollkommen normal vor sich ging. Die Temperatur war einige Zeit subfebril und sank dann zur Norm. Beim ersten Verbandwechsel am 8. Tage erwies sich prima intentio der Blasen- und Muskelwunde, die Hautwunde heilte per secundam. Man wird also, vornehmlich bei Kindern, solange keine tieferen Veränderungen der Blasenschleimhaut vorliegen, dem Blasenschnitt die Naht folgen lassen können, ohne Anurie oder Urininfiltration besorgen zu müssen. Die Cystopexie möchte D. vermeiden, weil sie die Beweglichkeit der Blase verringern oder ganz aufheben kann.

W. Knoch: «Ein Fall von Melanosarkom der Leber». (№ 37—39).

Die 52-jährige Patientin wurde im März 1894 ins Marienhospital wegen Leibschmerzen, Appetitlosigkeit und zunehmender Abmagerung seit dem Herbst 1893, zu den sich Schwellung der Beine und Herzklopfen im letzten Monat hinzugesellt hatten, aufgenommen. Vor 5 Jahren hatte sie sich wegen einer Erkrankung des rechten Auges an einen Augenarzt gewandt, der ihr die Entfernung des Auges anrieth, worauf Patientin aber nicht eingehen wollte. Seitdem war sie auf dem rechten völlig er lindet. Bei Untersuchung der Kranken wurde Atrophia bulbi rechts mit Katarakta p. Iridochorioid. gefunden. Die untere Hälfte des Leibes und die Beine waren oedematös, die Lymphdrüsen der Axilla und Leiste bis erbsengross, hart. An der Herzspitze und über der Aorta wurde ein systolisches Geräusch gehört, der zweite Pulmonalton war accentuirt. Der Leib war vergrössert (105 Cm. Umfang in Nabelhöhe); in der Linea alba, zwischen Nabel und Proc. xiphoideus fand sich eine Hernie, die nur mit ascitischer Flüssigkeit gefüllt war. Die Percussion des Leibes ergab überall Schenkelton, mit Ausnahme des untersten Abschnittes bei horizontaler Lage und des linken Hypogastriums beim Stehen. Die Leber war bedeutend vergrössert, von harter Consistenz und glatter Oberfläche, die nur stellenweise flache Erhebungen aufwies. Der untere Rand fühlte sich kleinhöckrig an. Die Milz liess sich weder palpatorisch noch percutorisch bestimmen. Die Urinmenge war herabgesetzt (600—800 Ccm.), das specifische Gewicht 1023, die Reaction sauer. Bei der Heller'schen Probe auf Eiweiss bildete sich ein intensiv dunkelbrauner Ring und auch die übrigen Reactionen ergaben das Vorhandensein von Melanogen. Bei längerem Stehen an offener Luft wurde der Urin dunkel und ging eine alkalische Gährung ein (im Gegensatz zum Litten'schen Fall, der saure Gährung ergab). Die Probepunction der Leber förderte scholliges, braunes Pigment zu Tage, das theilweise frei, theilweise in Zellen eingeschlossen war und daneben einzelne grössere, spindelförmige Zellen mit grossen eliptischen Kernen, die sich mit Anilinfarben nur schwach färbten. Von Seiten der anderen Organe lag ausser mässigen Emphysems und Arteriosklerose nichts besonders vor. Die Patientin verbrachte im Hospital circa einen Monat, während dessen die Leber und die Oedeme noch zunahmen, die Urinabsonderung und Herzthätigkeit sanken und sie starb unter den Symptomen der Herzschwäche.

Bei der Differentialdiagnose konnte zwischen secundärem Carcinom und Sarkom der Leber geschwankt werden, doch entschied man sich in Anbetracht dessen, dass die Gestalt der Leber im Allgemeinen unverändert und die Unebenheiten der Oberfläche wenig prägnant waren, locale peritonitische Verwachsungen fehlten, die Functionen des Verdauungskanals und die Geschlechtsorgane normal waren, Metastasen in den Lymphdrüsen nicht nachgewiesen werden konnten, für letzteres. Als Ausgangspunkt wurde ein Melanosarkom der Chorioidea des rechten Auges angenommen und die Section bestätigte diese Annahme. In der Bauchhöhle fanden sich 600 Grm. trüber, röthlicher Flüssigkeit die schwache Melaninreaction gab. Die Mesenterialdrüsen waren hart, vergrössert, von blasser Farbe. Die Leber war 35,5 Cm. breit, 14,2 hoch, rechter und linker Lappen je 29.5 Cm. lang. Der rechte Lappen war glatt, der linke leicht höckrig. Die Farbe der Leber erinnerte an grauen Granit, die Consistenz war derb, nur im rechten Lappen stellenweise weicher. Die Herzklappen zeigten keine Veränderungen. Im unteren ⅓ des linken Oberschenkels fand sich eine bohnengrosse, auf dem Durchschnitt dunkelrothe Geschwulst mit normaler Hautbedeckung. Im rechten Augapfel sass eine vom corpus ciliare ausgehende erbsengrosse Geschwulst, die bei mikroskopischer Untersuchung theils pigmentirte, theils nichtpigmentirte spindelförmige Zellen aufwies. Die Leber war beinahe ganz in spindelförmiges sarkomatöses Gewebe umgewandelt. Ein Theil der Zellen war nicht pigmentirt, der Kern derselben mit Anilinfarben schwer färbbar. Das Kapillarnetz war stellenweise stark erweitert, wobei die Wände der Kapillaren von Pigmentzellen gebildet wurden. Dazwischen sah man kleine Inseln normaler Leberzellen. Der subcutane Knoten des linken Oberschenkels bestand ebenfalls aus pigmentirtem Sarkomgewebe, mit alveolarem Bau, der durch das erweiterte Kapillarnetz bedingt wurde. Der Knoten war allseits scharf begrenzt vom übrigen Gewebe.

S. Posadski: «Eine Kammer zur Desinfection mit Chlor». (№ 38).

Beschreibung der im Marien Magdalenenhospital nach dem Plan des Autors im Jahre 1892 erbauten Chlorkammer, deren Vorzüge darin bestehen, dass der Verschluss im Abzugrohr, in Form einer Glasglocke, vollkommen hermetisch ist, dass zweitens die Kammer ihren besonderen Gaswärmer besitzt, der eine schnelle Entfernung des Gases nach oben ermöglicht. Drittens ist ein besonderer Ventilator für die Zuführung frischer Luft vorhanden und endlich lässt die Construction des Apparates für die Chlorbildung eine vorherige Füllung desselben zu.

Weyert.



Chirurgitscheskaja Ljetopissj

Band IV, Heft 2.

J. K. Spisharni: «Ueber die Nervennaht.»

Prof. P. J. Djakonow: «Einige Bemerkungen über die chirurgische Behandlung der Sattelnase.»

Diese beiden auf dem V. Congress russ. Aerzte (zum Andenken an Pirogow) gehaltenen Vorträge sind referirt in der russischen Literaturbeilage zu dieser Wochenschrift № 4, 1894. pag. 20.

P. Tichow: «Aneurysma cirsoides nasi.»

Die Geschwulst hatte sich bei einem 17 jährigen Jungen aus einem angeborenen Angiom entwickelt, nahm die oberen ²/₃ der Nase ein, pulsirte deutlich und wurde von Prof. Rasumowski in Kasan mit gutem kosmetischem Resultat operirt. Die Blutung war stark und erforderte 20 Ligaturen; der Defect wurde durch Transplantation nach Thiersch gedeckt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst bot nichts Bemerkenswerthes. Seit 1880 sind nach T. 32 Fälle von Aneurysma cirsoides in der Literatur beschrieben (die Fälle bis 1869 sind von Heine, von 1869–1880 von Körte gesammelt).

G. Gorjatschkin: «Eiterige Diplococcen-peritonitis bei Kindern.»

Fall I. 10-jähriger Knabe erkrankt vor 5 Tagen mit Fieber, Erbrechen, Durchfall, Husten. Ein rechtsseitiges Pleuroempyem wird operirt. Tod nach 16 Stunden. Bei der Section wird noch eine diffuse fibrinös-eiterige Peritonitis gefunden.

Fall II. 9-jähriges Mädchen, erkrankt vor 5 Tagen mit Leibschmerzen, Durchfall und Erbrechen. Leib gespannt, nicht aufgetrieben, sehr wenig druckempfindlich. Wegen Verschlimmerung des Allgemeinzustandes und Fortdauer der Durchfälle, zu denen sich Schnucken gesellt, wird die Probelaparotomie gemacht, wobei sich ebenfalls eine diffuse fibrinös-eiterige Peritonitis findet.

In beiden Fällen wurden im Eiter massenhaft Diplococcen mit glänzender Kapsel gefunden, die sich nach Grahm gut färbten. Reinculturen wurden nicht erhalten sodass Verf. es unentschieden lässt, ob es sich um Fränkel'sche Diplococcen oder um den Diplococcus intestinalis major gehandelt hat (die Unterschiede haben Tavel und Lanz angegeben). G. betont die grosse Schwierigkeit der Diagnose der Peritonitis bei Kindern und führt zur Illustration einen dritten Fall aus dem Moskauschen Olgahospital an, der ähnliche Symptome wie die vorhergehenden bot. Nach 14 Tagen war Flüssigkeit im Leibe nachweisbar. Die Incision entleerte 1 Liter Eiter und führte nach längerer Zeit zu voller Genesung.

S. Derjushinski: «Blasengeschwülste bei Männern.»

Fall I. 40 jähr. Mann, dem wegen heftiger Schmerzen, bei geringer Hämaturie von Dr. N. Stukowenkow die Sectio mediana gemacht wird. Tod an Pyämie. Es fand sich ein diffuses Blasencarcinom.

Fall II. 48 jähriger Mann, bei dem aus der characteristischen Blutung nach vollendeter Miction und aus dem Befund von Riesenzellen und Epithelperlen im Harnsediment die Diagnose auf Cancer vesicae gestellt werden konnte. Hochgradige Schwäche (Pyelitis mit Fieber) und grosse Ausdehnung der per rectum fühlbaren Geschwulst liess keine Operation zu. Pat. starb.

Fall III. 35 jähr. Mann. Mit dem Cystoskop gelingt es einen gestielten Tumor von der Grösse einer kleinen Birne zu erkennen. Nach Sectio alta (Dr. Stukowenkow) wurde die Geschwulst, ein Papillom, abgetragen, der dünne lange Stiel nicht unterbunden, da die anfangs heftige Blutung auf Tamponade zu stehen schien. Drainage der Blase, partielle Naht der Wunde. Nach kurzer Zeit heftige Nachblutung. Temponade half nicht und es wurde auf Rath von Dr. Stukowenkow die Blase mit Salycilmarly, die in Oleum martis (Liqu. ferri sesquichlorati) getaucht war, tamponirt (!! Ref.). Die Blutung dauerte fort und Pat. starb am 2. Tage.

Fall IV. 51 jähriger Mann, leidet seit Jahren an Blasenbeschwerden, die wiederholt auf einen Tumor zurückgeführt wurden. Dittel in Wien sah die Geschwulst im Cystoskop. Pat. wurde endlich von Prof. Bobrow operirt (Sectio alta). Es fanden sich ein gestieltes hanfkorngrosses Angiofibrom in der Nähe des orific. int. urethrae und zwei erbsengrosse Fibrome an der hintern linken Blasenwand. Nach Entfernung der Geschwülste wurde die Blase mit Jodoform marly drainirt und die Wunde z. Th. genäht. Ein eiteriger Blasenkatarrh verzögerte die Heilung, die aber doch schliesslich eintrat.

Fall V. 53 jähr. Mann mit starken Blasenblutungen. Sectio mediana (Prof. Bobrow) Es wurde mit der Scheere c. «eine Handvoll» polypöser Geschwülste entfernt; Blutung gering. Drainage. Ein wallnussgrosses gestieltes Papillom am Fundus war von der Dammwunde nicht zu erreichen und musste zurückgelassen werden. Am 3. Tage nach der Operation starb der Mann an einer Embolie der Art. Fossae Sylvii.

D. betont den Nutzen der Cystoskopie für die Diagnose der Blasentumoren. (Von glänzenden Resultaten der Operation von Blasentumoren zu sprechen, berechtigen die mitgetheilten Fälle wohl nicht; um somehr kann man aus ihnen lernen. Ref.).

Casuistische Mittheilungen.

J. F. Semazki: «Ein Fall von retropharyngealer Neubildung (Chondro-sarcoma).»

Bei einer 49 jährigen Dame entwickelte sich in 3 Monaten eine 6 Cm. lange, 5½ breite und 4½ Cm. dicke Geschwulst, die wahrscheinlich vom Periost der linken Querfortsätze des II und III Halswirbels ausging, die Gaumenbögen auseinanderdrängte und den Racheneingang fast verlegte. Die Operation wurde von Prof. Sklifassowski vom Munde aus gemacht und gelang leicht. Die Geschwulst war gut abgekapselt und liess sich ohne starke Blutung stumpf ausschälen. Mikroskopisch wurde ein Chondrosarkom gefunden.

M. Jakowlew: «Penetrirende Bauchwunde mit Darmverletzung. Darmnaht, Reposition. Genesung.»

Pat. war auf eine Holzgabel gefallen, deren eine Zinke am linken innern Leistenring in den Bauch drang. Vorfall einer Darmschlinge, die an der Kuppe eine Stichwunde aufweist. Das übrige ergiebt sich aus der Ueberschrift.

W. P. Filonowitsch: «Ein Fall von Herniotomie mit Darmresection.»

Bei einem 44 jähr. Bauern klemmte sich ein rechtsseitiger Leistenbruch ein. 6 Tage später kam er, nach vielen rohen Taxisversuchen, zur Operation. Der eingeklemmte Darm war nekrotisch, es wurden 26 Cm. resecirt und die Primärnaht gemacht. Naht der Bruchpforte und Hautwunde ohne Drainage. Gute Heilung, die nur durch Jodoformintoxication und blutigen Durchfall gestört wurde.

N. K. Lissenkow: «Ein Fall von heftiger Blutung nach hohem Steinschnitt.

Es war eine zunächst uncomplicirte Sectio alta bei einem 3 jährigen Knaben. Bald nach der Operation stellte sich eine heftige Blutung im praevesicalen Zellgewebe ein, die sich nur mit Mühe stillen liess. Nach 2 Tagen starb das Kind. Es fanden sich Hämorrhagien im Pericard, an der Pleura, im Mediastinum und um die Symphyse. Ausserdem croupöse Pneumonie des linken Unterlappens und fettige Degeneration der Leber. Die Genese der Blutungen blieb unaufgeklärt; eine Jodoformintoxication, an die wegen der Fettleber gedacht wurde, war auch nicht zu beweisen.

Wanach.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. April – August 1894.

W. Isajew: «Ueber die Immunität gegen Cholera». (April —Mai).

J. führte seine Versuche im Koch'schen Institut für Infectionskrankheiten aus und kam zu folgenden Resultaten: 1) Die Erkrankung der Meerschweinchen, denen Cholerabakterien in die Bauchhöhle eingeführt worden, hat einen toxisch infectiösen Charakter. 2) Unter die Haut oder in die Bauchhöhle eingeführtes Blutserum gesunder Menschen oder Injection verschiedener Substanzen (Nuclein, steril. Bouillon, steril. physiologische Kochsalzlösung, Tuberkulin) schützt die Meerschweinchen in höherem oder geringerem Grade vor intraperitonealer Infection mit Choleravirus. Die Schutzwirkung der Injectionen ist kurzdauernd, ungefähr 4 — 5 Tage anhaltend. Der Grad der Immunität dieser Thiere ist bedeutend niedriger als derjenigen, die mit den bakteriellen Producten der Choleravibrio vaccinirt wurden. 3) Die gegen Cholera vaccinirten Meerschweinchen werden, ungeachtet ihres hohen Schutzes gegen Infection mit dem Choleravibrio, nicht immun gegen die Toxine des Vibrio. Das Blut solcher Thiere hat also keine antitoxischen Eigenschaften. 4) Das Blut gegen Cholera immunisirter Thiere besitzt bedeutende specifische immunisirende und heilende Kraft. 5) Das Blut von Menschen, die Cholera überstanden, besitzt dieselben Eigenschaften, wie das Blut im-



munisirter Meerschweinchen; dieselben treten aber nicht vor 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung auf, sind am ausgesprochensten in der 4.—6. Woche und scheinen nach 2½-3 Monaten vollkommen zu verschwinden. 6) Die Zellreaction des Organismus, die in der Phagocytose ihren Ausdruck findet, spielt die Hauptrolle im Kampf des Organismus der durch Injectionen von Bouillon, Wasser etc. (s. oben) gegen Cholera gefestigten Meerschweinchen. 7) Bei der Immunität der gegen intraperitoneale Infection vaccinirten Meerschweinchen fällt der Phagocytose gleichfalls die Hauptrolle zu. Die Betheiligung specifisch veränderter Gewebssäfte ist nebensächlich.

W. Hildebrandt: «Ueber einige Cholerafälle, die von Juli bis November 1893 im Petersburger Marinehospital zur Beobachtung kamen». (März—April).

Autor führt die Krankengeschichten von 7 Cholerapatienten an, bei denen der bakteriologische Befund nicht im Einklang stand zum klinischen Bild: einerseits wurde das klassische Bild des Choleraanfalls bei vollkommen negativem Resultat der bakteriologischen Untersuchung constatirt, anderseits wurde eine grosse Anzahl Kommabacillen mit allen ihren charakteristischen Eigenschaften gefunden bei mässig, ja schwach ausgebildeten klinischen Symptomen. Daraufhin hält H. die bakteriologische Untersuchung des Cholerastuhles und die darauf basirende Differentialdiagnose zwischen Cholera nostras und Cholera asiat., ohne ihr das wissenschaftliche Interesse absprechen zu wollen, in praktischer Beziehung von vorläufig mindestens fraglichem Werth und neigt mehr der Pettenkofer'schen Theorie zu.

A. Neumann: «Ueber die Desinfectionskraft der in Wasser löslichen Carbolsäure und des in Wasser löslichen Holztheers». (April).

Nach vergleichenden Versuchen mit Pixol (Raptschewsky) und pix pini solub. (Hirschson) und acid. carbol. crud. solub (Hirschson) an Staphylococcus pyog. aur., Typhusbacillen, Cholerabacillen und Milzbrandsporen sieht sich N. veranlasst, beiden Hirschson'schen Präparaten den Vorzug zu geben.

A. Woloschin: «Ueber syphilitische Erkrankung des Gefässsystems». (Mai, Juni, Juli).

W. fand bei der Section von 7 plötzlich, ohne bekannte Ursache Verstorbenen neben anderen Veränderungen der Organe offenbar syphilitischen Ursprungs eine regelmässig wiederkehrende Affection des Anfangstheils der Aorta in Form von Plaques und Narben der Intima jüngeren und älteren Datums, die stets zu einer Stenose des Ostiums der linken Kranzarterie, seltener der rechten geführt hatten. Gleiche Veränderungen, zu deren Zustandekommen W. der mechanischen Wirkung des Blutstroms den Haupteinfluss zuschreibt, fanden sich im Aortenbogen in der Gegend des truncus brachiocephalicus und im Anfangstheil der Brustaorta. Seine äusserst fleissigen Untersuchungen fasst W. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die beschriebene Endaortitis ist wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs. 2) Das pathologisch-anatomische Bild der Affection stellt eine typische Erkrankung der Aorta dar, was sich 3) durch die physiologischen Bedingungen des Blutkreislaufs leicht erklären lässt. 4) Die Endoaortitis veranlasst eine starke Stenose der Mündungen der Kranzarterien, zuerst der linken, dann der rechten. 5) Die valvulae semilun. Aortae werden häufig mitafficirt und es kann in Folge dessen zur Insufficienz der Klappen kommen. 6) Das mikroskopische Bild deutet auf einen productiven Process hin, der in der Intima beginnend, auf die Adventitia und Media übergeht. 7) Das Bild dieser Endoarteritis kann die Ansicht der Klinicisten über die Häufigkeit der Aneurysmen auf syphilitischer Basis nur bestärken. 8) Der atheromatöse Process entwickelt sich unabhängig von dieser Affection. 9) Im Herzen wird dabei parenchymatöse und theilweise fettige Degeneration beobachtet, ebenso diffuse fibröse Myocarditis mässigen Grades und unbedeutende Veränderungen in den Aesten der Kranzarterien. 10) Das klinische Bild der Erkrankung ist noch wenig bekannt und bietet wahrscheinlich nichts charakteristisches. 11) Der plötzliche Tod lässt sich am besten nach Cohnheim erklären. (Cohnheim und Schultheiss Rechberg nahmen an, dass der Tod bei Verschluss der Kranzarterien des Herzens durch Bildung eines besonderen Giftstoffes erfolgt, der bei normalem Verhalten durch das Blut entfernt wird).

A. Dobrotworsky: «Einige Fälle von Trepanation des processus mastoideus bei acuter otitis media». (Mai — Juni).

Genaue Mittheilung von 4 einschlägigen, im einzelnen nichts Neues bietenden Fällen aus dem Kronstädter Marinehospital, von denen einer, der bereits mit schweren Allgemeinsymptomen Aufnahme fand, an eitriger Meningitis und Pyaemie zu Grunde ging. Autor macht auf die häufig sich bietende Schwierigkeit in der Wahl des Operationstermins und die mitunter schwer zu diagnosticirende Mitbetheiligung des Knochens bei acuter Otitis aufmerksam. Neben anderen Symptomen möchte er besonders die Schmerzhaftigkeit bei Kopfbewegungen, starken örtlichen Schmerz und Vorwölbung des hinteren oberen Theils der Wand des knöchernen Gehörgangs bei der Diagnose von Eiterungen im antrum mastoideum verwerthet wissen.

W. Hildebrandt: «Ein Fall von plötzlichem Tod». (Juni).

Der 23jährige anämische Matrose hatte 6 Tage im Hospital mit den Symptomen eines acuten Magendarmcatarrhs mässigen Grades, an dem er 5 Tage vordem erkrankt war, gelegen und starb plötzlich am Morgen des 7. Tages. Die Section ergab typhöse Veränderungen des Darmes im Stadium der Ausheilung, vergrösserte Milz und Leber, Schlaffheit des Herzmuskels, Oedem des Gehirns und einen kleinen Bluterguss im IV. Hirnventrikel. Patient hatte also einen sogenannten Typhus ambulat. durchgemacht, der aber nicht ohne Einfluss auf den Herzmuskel und die Gefässe des Gehirns geblieben war. Aehnliche Todesfälle sind bereits mehrfach publicirt worden: sie traten gewöhnlich im Reconvalescenzstadium von mittelschweren oder leichten Typhen ein, wo die Patienten meist ihrer gewohnten Tagesarbeit nachgehen und dem durch die Infection geschwächten Organismus eine übermässige Arbeitsleistung auferlegen. Als nächste Todesursache seines Falles betrachtet H. die fragmentatio myocardii (obgleich kein mikroskopischer Befund notirt ist).

K. Morkotun: «Ueber die doppelte Messung des Brustkorbs bei Prüfung der Rekruten auf Tauglichkeit in zweifelhaften Fällen». (Juni).

M. kommt nach Untersuchung von 70 sonst gesunden Rekruten zum Schluss, dass bei doppelter Brustmessung (obere: Axelhöhle — unterer Scapularwinkel, untere: Basis des proc. xiphoideus) mehr Fehlerquellen möglich sind, als bei der einfachen (mamillarer Perimeter) und dass sie daher auch keine praktische Bedeutung hat.

W. Isajew: «Bericht über meine Abkommandirung ins Ausland». (Juli).

L. Pawlowsky: «Ein Fall von hysterischer Taubstummheit nach Influenza». (Juli).

Beim Patienten (junger Matrose) machte sich 9 Tage nach Fieberabfall Morgens beim Erwachen eine bedeutende Abschwächung des Gehörs und Unvermögen zu sprechen bemerkbar. Am folgenden Tage war er vollständig taubstumm. Die kutane Tast- und Schmerzempfindung fehlte vollkommen, ebenso war das Geschmacks- und Geruchsvermögen verloren gegangen. Die electrokutane Empfindlichkeit fehlte vollständig, theils war sie stark herabgesetzt. Die Zunge war unbeweglich, wie im Zustand des Spasmus. Bei Untersuchung des Gehörorgans konnten keine sichtbaren Anomalien constatirt werden. Simulation wurde ausgeschlossen. Durch Gebärden gab Patient zu verstehen, dass er vor 14 Jahren gleichfalls 3 Wochen lang taubstumm gewesen sei und dass er nach Einreibung einer Salbe geheilt worden wäre. Zur Zeit des Vortrags, d. h. 2 Monate nach Beginn der Erkrankung war noch keine Veränderung im Zustand eingetreten.

W. Isajew und Iwanow: «Ueber Immunisirung der Meerschweinchen gegen den Iwanow'schen Vibrio». (August).

Die Autoren stellten im Koch'schen Institut Immunisirungsversuche an mit dem von Iwanow im Jahre 1893 (Zeitschrift für Hygiene Bd. XVI) beschriebenen choleraähnlichen Vibrio, der in den Excrementen einer Typhuskranken gefunden wurde. Injection einer Agarcultur in die Bauchhöhle der Meerschweinchen ruft eine choleraähnliche Erkrankung hervor, die bei grossen Dosen tödtlich endet. Bei subcutaner Application treten nur örtliche Erscheinungen auf und blos sehr grosse Dosen rufen eine tödtliche Infection hervor. Per os gegeben bleiben die Meerschweinchen gesund. Auf die übrigen gewöhnlichen Versuchsthiere wirkt der Iwanow'sche Vibrio überhaupt nicht. Im peritonealen Exsudat findet man post mortem eine Menge Vibrionen, die auch im Blut, im Exsudat der Pleura und des Pericardium und in anderen Organen constatirt wurden. Die gegen den Iwanow'schen vibrio immunisirten Thiere sind auch gegen Cholera gefestigt. Sie vertragen (unter gleichen Bedingungen) bei Infectionen in die Bauchhöhle ebenso grosse Dosen Choleravibrionen wie Iw.-vibrionen und behalten diese Immunität längere Zeit (6—7 Wochen). Dabei besitzt das Blut dieser Thiere, zum Unterschied vom Blut gegen Cholera immunisirter Thiere, stark ausgeprägte baktericide Eigenschaften, die bereits einen Tag nach der ersten Impfung auftreten. Abgesehen von Abweichungen in morphologischer Beziehung



vom Choleravibrio weist der Iw. vibrio auch biologische Besonderheiten auf, aber nichtsdestoweniger halten Autoren ihn auf Grund der Immunisirungsversuche für eine nahe Abart des Choleravibrio.

J. Korolenko: «Bakteriologische und chemische Untersuchungen des Eises in Nikolajew». (August).

Als Resultat seiner Untersuchungen empfiehlt K. die unterste Eisschicht, da sie sich am freisten von Bakterien und chemischen Verunreinigungen erwies.

G. Griwzow: «Zur Kasuistik der aussergeschlechtlichen Infection mit Lues beim Rasiren». (August).

Der 30 jährige Patient, der beim Rasiren vor 2½ Wochen geschnitten worden war, präsentirte sich mit einem Primäraffect auf der linken Seite des Kinnes. Derselbe vernarbte in kurzer Zeit. Nach 3 Wochen traten die ersten Erscheinungen des condylomatösen Stadiums auf (indolente Adenitis, Angina, Roseola), zuerst auf der linken Körperhälfte beginnend, wobei auch das Gesicht von Roseola elevata befallen wurde und die Adenitis besonders in der oberen Körperhälfte entwickelt war, während die Inguinaldrüsen nicht anschwollen — ein Verhalten, das für den Primäraffect am Kopf charakteristisch ist. Daran knüpft G. Betrachtungen über die nachlässig betriebene sanitäre Beaufsichtigung der Rasirstuben.

Weyert.

Westnik oftalmologii. Juli — October 1894.

L. G. Bellarminow und W. Dolganow: «Ueber die Diffusion in das Innere des Augapfels bei verschiedenen pathologischen Zuständen desselben.»

Die vorliegende Arbeit ist eine Fortsetzung der Arbeit Bellarminow's über die Diffusion in das Augeninnere, welche in den Januar-Juni Heften dieser Zeitschrift veröffentlicht wurde und bereits referirt ist.

Sämmtliche Versuche wurden an Kaninchenaugen ausgeführt. Die Diffusionsvorgänge wurden studirt bei: 1) Stich in die Hornhaut. 2) bei Schnitt durch die Hornhaut. 3) Iridectomie. 4) nach Extraction der Linse, 5) bei Hornhautabscessen und Infiltraten, 6) bei Ulcus Corneae, 7) Keratitis profunda, 8) Maculae et leucoma corneae, 9) Atrophia bulbi cum leucomate totale, 10) bei Cataract. 11) bei erhöhtem Augendruck, 12) bei Einfluss hoher Temperatur (40° C) auf das Auge. Experimentirt wurde mit einer gesättigten Fluorescinlösung in 2% Sodalösung. Das Versuchsauge wie das andere normale Auge jedes Versuchsthieres wurde 20 Minuten lang der Einwirkung der Lösung ausgesetzt. Alsdann wurde Kammerwasser und Glaskörper angesogen und jedes für sich colorimetrisch mit der Bellarminow'schen Reihe (confer Referat) verglichen und der Diffusionscoefficient für das kranke Versuchsauge wie für das gesunde Controllauge berechnet.

Die Versuche wie deren Resultate bestätigen und erklären so manche Erfahrung der Praxis. Bei den reinen Operationen fand sich um so mehr resorbirt je grösser der operative Eingriff war, und wiederum um so mehr je schneller sich die vordere Augenkammer herstellte. Von Einfluss ist auch der Grad von Entzündungserscheinungen welche dem operativen Eingriff folgten. Nach der Operation wurde zunächst die Wiederherstellung der Augenkammer abgewartet und alsdann mit dem Versuch begonnen.

Alle Arten von Entzündungen der Hornhaut erhöhen die Diffusion. Der Glaskörper fand sich aber stets ungefärbt falls das Linsensystem intakt war. Das Linsensystem hindert in bedeutender Weise die Diffusion in den Glaskörperraum. Bei nicht entzündlichen Zuständen der Hornhaut (Macula, Leucom) ist die Diffusion vermindert.

Bei erhöhtem Augendrucke — um denselben zu erzielen wurde die Linse discidirt, ist die Diffusion wie zu erwarten, ebenfalls herabgesetzt. Künstliche Temperaturerhöhung der äusseren Schichten des Augapfels erhöht die Diffusion beträchtlich. Nur in aphakischen Augen erreicht der Diffusionsstrom den Glaskörper.

P. F. Wolkow in Saratow: «Ist die Eröffnung der Linsenkapsel bei der Extraction des Altersstaares nothwendig:»

Die Arbeit findet sich bereits in dieser Beilage referirt, in den Protocollen des 4. Congresses russischer Aerzte zu St. Petersburg.

W. Dolganow: «Ueber die Veränderungen des Wundastigmatismus der Hornhaut nach der Cataract-Extraction».

In deutscher Sprache veröffentlicht im 1. Hefte des 29. Bandes Archiv für Augenheilkunde Juni 1894.

E. M. Kuschew: «Das Trachom unter der Bevölkerung des Dorfes Alt Slawkia in Gouvernement Saratow.»

Bei 4844 Bewohnern. 740 Trachomkranke in 415 Häusern! 226 männliche und 514 weibliche Patienten. Die Ausbreitung der Krankheit erfolgt unzweifelhaft durch direkte Uebertragung.

E. P. Serebrennikowa: «Ein Fall von Erblindung in Folge eines Gumma an der Basis Cerebri.»

Patient 20 a. n. inficirte sich am 25 August luetisch. Am 2. September wurde ein harter Schanker constatirt und sofort mit Injectionen von Hg begonnen, deren im ganzen 60 gemacht wurden. Vom December 93 bis Ende Januar brauchte er Jodkali. Um diese Zeit stellten sich Kopfschmerzen heftigster Art ein. Im März 94 liess er sich in das Hospital aufnehmen da er arbeitsunfähig war. Seit dem März verschlechterte sich auch das Sehvermögen zunächst auf dem linken Auge, und Ende März war er bereits auf beiden Augen erblindet. Er wurde im Hospital mit Einreibungen und innerlich mit natrum Salicylicum behandelt. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch stetig. es trat Husten auf, die Temperatur stieg auf 38.5°. Am 10. April 94 bestand links vollständige und rechts unvollständige Ptosis. Die Augen beiderseits divergent stehend. Die Pupillen ad maximum erweitert und reactionslos. Der Augenhintergrund liess nichts von der Norm abweichendes erkennen. Geruchssinn geschwunden. Am 18. Mai verstarb Patient unter Delirien und Coma. Die Section ergab: Eine gummöse Geschwulst von der Grösse einer griechischen Nuss, gleich hinter dem Chiasma nervosum opticum auf dem linken tractus sitzend, die zweite kleinere Geschwulst mehr rechts (ob auf dem Tractus?)

G—n.

Medicinskoje Obosrenje № 16.

P. Modlinski: «Ueber die chirurgische Behandlung der Aneurysmen». Nr. 16.

Verfasser hatte einen Fall von traumatischem Aneurysma der a. bronchialis (14-jähriger Knabe, Aneurysma zu Stande gekommen durch unvorsichtiges Hantiren mit dem Federmesser) in Behandlung, den er mittels Exstirpation des Sackes (nach Purmann) radical heilen konnte. Es werden die verschiedenen Operationsmethoden der Aneurysmen kritisch beleuchtet, wobei die Exstirpation des Sackes warm empfohlen wird.

L. Mursin: «Ein Fall von Lepra tuberosa». (Nr. 16).

Krankengeschichte nebst Abbildung. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Lepraknoten wurden Leprabacillen gefunden.

D. Tatarow: «Ein Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica». (Nr. 16.)

A. Pospjelow: «Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxoedem mit Thyreoidin». (Nr. 16.)

Verfasser hatte im Jahre 1893 einen Patienten mit Myxoedem durch innere Darreichung von frischer Schilddrüse völlig wiederhergestellt. Nachdem nun einige Monate die Behandlung ausgesetzt worden war, setzten allmählich die Krankheitssymptome wieder ein. P. entschloss sich das White'sche Thyreoidin anzuwenden; zunächst wurde 0,3 g. pro die verabreicht und alsdann steigerte er alle 3 Tage die Dosis bis zu 1,2 pro die. Schon bei dieser Tagesgabe vermehrte sich die tägliche Urinmenge auf das Doppelte, es trat Schweiss ein, die Oedeme nahmen rasch ab. Auf Veranlassung des Verf. werden in Moskau in der bekannten Ferrein'schen Apotheke Pastillen verfertigt, die 0,12 getrockneter, pulverformiger Schilddrüse und 0,18 Sacch. lactis et Natr. chloratum enthalten, sie kommen unter der Bezeichnung: Trochisci glandulae thyreoideae siccae in den Handel.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 12 Ноября 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 11 und 12. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1894.

Wratsch. № 34–40.

J. Hagen-Torn: «Ueber die Behandlung der Cholera mit intravenösen Kochsalzinfusionen». (Nr. 34). Vorl. Mitth.

In Kronstadt wurden vom 8. Juni bis zum 21. Juli 1894 218 Cholerafälle behandelt. Von 42 bis zum 23. Juni eingetretenen Kranken starben 27. Am 23. Juni begann man mit den intravenösen Kochsalzinfusionen. 193 Infusionen wurden an 124 Kranken gemacht. Der momentane Erfolg blieb, wie bekannt, nicht aus. Von 124 Kranken, die mit Infusionen behandelt wurden, genasen 67, starben 57. Von den 67 Genesenen erhielten 49 je eine Infusion, 16 je 2, 2 je 3 Infusionen. Von den 57 Gestorbenen erhielten 22 je 1, 22 je 2, 11 je 3 und 2 je 4 Infusionen. Unter den 124 mit Infusionen Behandelten waren nur 10 Fälle, die nicht direct zu den schwersten gehörten, rechnet man diese von den 124 ab, so blieben 114 Fälle von Cholera gravis nach und von diesen 114 mit Infusionen Behandelten genasen 57 (— 50 pCt.) und starben 57 (50 pCt.). Unter der Behandlung von Kochsalzeingiessungen lässt sich die Mortalitätsziffer auf 50 pCt. herabdrücken, während dieselbe bei der gewöhnlichen Behandlungsweise auf 75 pCt. steigt.

N. Iljin: «Zur Biologie des leptothrix buccalis». (Nr. 34).

Ueber die Morphologie der Leptothrixarten bestehen divergente Meinungen, ebenso über das Verhalten zur Jodreaction. Kleine Partikelchen von Zahnbelag wurden in Stärkelösung gelegt und filtrirter Speichelsaft hinzugefügt, unter Zusatz von Jod färbten sich die Pilze, wenn auch in verschiedener Intensität, so doch immer deutlich genug. Werden die Fäden erst durch Hitze getödtet, so nehmen dieselben die Farbe nicht an und verändern ihr Aussehen.

W. Buschuew: «Zur Casuistik der croupösen Lungenentzündung». (Nr. 34 u. 35).

Ein 22 jähriger Soldat wurde unter den Erscheinungen von Bewusstlosigkeit, grosser Unruhe, erweiterten Pupillen, erhöhten Reflexen, subnormaler Temperatur im Hospital aufgenommen. Am 9. Tage liess sich bei Fiebertemperatur im rechten Oberlappen eine croupöse Lungenentzündung nachweisen, die in einen Lungenabscess überging. Die anfangs aufgetretenen Erscheinungen, die auf eine Hirnaffection deuteten, werden in nahen Zusammenhang mit der Pneumonie gebracht. Es ist anzunehmen, dass die Pneumonie zur Zeit des Auftretens der Hirnerscheinungen bestanden hat. Ob Circulationsstörungen oder die directe Einwirkung des Pneumococcengiftes die Ursache abgeben, ist nicht entschieden. Verf. spricht die Vermuthung aus, dass der infiltrirte Oberlappen, resp. der Lungenspitze auf das Lumen der art. vertebr. verengend wirkt und dadurch Circulationsstörungen im Hirn hervorruft.

W. Neschel: «Ueber den Zustand der Zähne bei Bauern». (Nr. 35).

300 Personen wurden untersucht, nur 32 pCt. hatten gesunde Zähne. Tabellen erläutern das Nähere.

W. Kedrowsky: «Bedingungen der anaeroben Bacterien bei Anwesenheit von Sauerstoff». (Nr. 35). Vorl. Mitth.

K. gelangte zu dem Resultat, dass die anaeroben Bacterien bei Luftzutritt leben können, dank einem besonderen von den aeroben Bacterien erzeugten Stoff, dessen Natur einstweilen unbekannt ist.

R. Witritzky: «Ein Fall eines wiederholten einseitigen Pneumothorax». (Nr. 35).

Entstehung eines Pneumothorax nach Ruptur einer Caverne im linken Oberlappen; Tod: Section, die Residuen eines schon früher stattgehabten neben dem frischen Pneumothorax erkennen liess.

M. Abelmann: «Ein Fall von Lungengangraen nach Influenza». (Nr. 35).

Ein 4-jähr. Knabe erkrankte unter den Erscheinungen einer Grippe. Nach 5 Tagen konnte in der rechten Axillagegend in der Tiefe Bronchialathmen gehört werden. Nach einigen Tagen bekam das Bronchialathmen einen amphorischen Beiklang, dabei tympanitischer Percussionsschall und übelriechendes Sputum. Der Zerfall in der Lunge ging rapid vor sich. Bei der Section fand sich in dem rechten Oberlappen eine grosse mit Blutgerinseln und Zerfallsmaassen angefüllte Höhle. Die Entstehung des so rapid vor sich gehenden Zerfalles bei einem bis dahin völlig gesunden Kinde ist dunkel, wahrscheinlich hat die vorangegangene grippöse Erkrankung den günstigen Boden bereitet.

W. Lebedew: «Beobachtungen über die Schwankungen des Wuchses, Gewichtes, Brustumfanges, der Respirationsschwankungen, der vitalen Lungencapacität und der Stärke der Armmuskeln bei Soldaten im ersten Dienstjahr bei wiederholten Messungen alle 4 Monate. (Nr. 36). Vorl. Mitth.

Die ungewohnten Anstrengungen, welche die Dienstzeit mit sich bringt, werden in der ersten Zeit nicht immer gut vertragen; nach genügender Gewöhnung nimmt die physische Entwickelung im zweiten Drittel bedeutend zu, besonders zur Lagerzeit. Im letzten Drittel geht die Entwickelung langsamer vor sich.

D. Nasarow: «Eine neue Methode zur Bestimmung der freien und gebundenen Salzsäure im Magensaft mittels des Töpfer'schen Reagens und der Werth desselben in der Reihe der anderen Methoden». (Nr. 36, 38, 39 und 40).

Töpfers Reagenz besteht aus Alizarin und Dimethylazobenzol, die nähere Beschreibung und Anwendungsweise des Reagenz gehört nicht hierher. Bei künstlich hergestellten Salzsäurelösungen gab dasselbe einen feineren Ausschlag als das Günzburg'sche Reagenz, ebenso mit Salzsäure in Verbindung mit Eiweiss; die Beimischung organischer Säuren üben keinen störenden Einfluss aus.

N. Andogsky und W. Dolganow: «Klinische Bemerkungen über den Astigmatismus und dessen Correction, in Zusammenhang mit der Benutzung des Javal-Schiötz'schen Ophthalmometers». (Nr. 36 u. 37).

Der Vorzug obigen Ophthalmometers liegt in der Möglichkeit, verhältnissmässig schnell den Grad des Astigmatismus zu erkennen und speciell in solchen Fällen (z. B. bei Kindern) wo die subjective Untersuchung zu keinem Ziele führt. 151 Augen wurden untersucht, hypermetropischer As fand sich bei circa 66 pCt. in seinen verschiedenen Formen. Die Sehschärfe steht in Abhängigkeit von dem Grade des As. In 7/10 aller Fälle zeigt die Untersuchung mit dem Javal-Schiötz'schen Ophthalmometer einen stärkeren Grad von As als der Befund mittels Untersuchung mit Gläsern; es treten Unterschiede von 1,0–1,3 D. auf.

N. Kulbin: «Ueber den localen und allgemeinen Einfluss einer jähen Abkühlung des untern Darmabschnittes». (Nr. 36).

K. führte bei Haemorrhoiden und Mastdarmentzündungen Eisstückchen in das Rectum ein; Eis wird gut vertragen, leistet gute Dienste bei Tenesmen und Schmerzen. Bei seinen Versuchen an 12 gesunden erwachsenen Individuen führte er Eisstücke von 20–30 Cbcm. (1–3 Stück) in den Mastdarm ein; dieselben thauten binnen 4–6 Minuten. K. unterscheidet eine locale und eine allgemeine Wirkung. Zur ersteren gehört das subjective Gefühl von Contraction der Sphincteren, die deutlich ausgesprochene Blässe der Schleimhaut, sowie herabgesetzte Sensibilität während der ersten 15 Minuten nach der Einwirkung. Alsdann Herabsetzung der Mastdarmtemperatur. Zu den allgemeinen Einwirkungen gehört das Sinken der Körpertemperatur (um 0,1°–0,3°C.), Erweiterung der Pupillen, tieferes und langsameres Athmen, verlangsamter Puls, wobei die Qualität desselben sphygmographische Veränderungen zeigt, und leichte Erregung.

O. Motschutkowsky: «Apparat zur Bestimmung der Schmerzempfindung der Haut: Algesimeter». (Nr. 37).

Beschreibung des vom Verf. ersonnenen Apparates und die Resultate seiner Untersuchung in Bezug auf die Tastempfindung der Haut an den verschiedenen Körperbezirken.

Th. Malinin: «Ueber den Einfluss des vollen und leeren Magens auf die Schnelligkeit der Resorption einiger Arzneimittel und deren Ausscheidung». (Nr. 37). Vorl. Mitth.

120 Versuche wurden mit Einverleibung von salicylsaurem Natron und Jodkali (beide zu 0,3) vorgenommen.



Die Resorption geht im leeren Magen bedeutend schneller vor sich, als im gefüllten. Im letzteren Zustande tritt die Reaction nach 85—215 Minuten auf. Die Jodkalireaction tritt im Speichel und Urin ziemlich gleichzeitig auf. Entsprechend den Zeitverhältnissen der Resorption verhält sich die Ausscheidung.

W. Heinatz: «Zwei Fälle von rundem Duodenalgeschwür». (Nr. 37, 38 und 39).

Einem 68-jährigen Mann wurde ein Steinschnitt gemacht und 17 glatte Uratsteine entfernt. Am 26. Tage post operationem bekam Pat. Blutbrechen und blutige Stühle. Tod nach wenigen Stunden. Bei der Section zeigten sich ausser einem chronischen Blasencatarrh 3 Geschwüre im Duodenum, von denen eines durch einen 10 Ctm. langen Canal in die durch einen Bluterguss in einen Sack verwandelte Milz führte. Im anderen Fall starb Pat. nach dem Heben einer schweren Last in wenigen Stunden. Auch hier fand sich ein Duodenalgeschwür, das geplatzt war. Die Diagnose und Therapie stosst auf grosse Schwierigkeiten, von den in der Literatur angegebenen operativ behandelten Fällen sind nicht viele gerettet. Es folgt die Besprechung der aetiologischen Verhältnisse für die Entstehung des runden Magen- und Duodenalgeschwürs.

W. Ratimow: «Zur Frage über den Ursprung des multiloculären Echinococcus der Bauchhöhle». (Nr. 38).

Die primären Echinococcusblasen, entwickeln sich aus der Taenia Echinococcus, welche durch die Darmwandung durchtreten und sich beliebig. am häufigsten in der Leber. festsetzen und einkapseln, der Sitz ist in diesem Fall ein extraperitonealer. Anders verhält es sich bei der Bildung der secundären Echinococcenblasen. Hier platzt die primäre Cyste, die Tochterblasen gerathen in die freie Bauchhöhle und bewegen sich der Schwere ihres Gewichtes folgend zwischen den Därmen in dem unteren Abschnitt der Bauchhöhle, wo sie sich einkapseln, in diesem Fall ist der Sitz ein intraperitonealer. Verf. operirte folgenden Fall: Bei einem 28 jährigen Manne liess sich in der rechten Oberbauchgegend eine unempfindliche Geschwulst nachweisen, auf deren Oberfläche sich stellenweise Höcker durchfühlen liessen. stellenweise hatte man das Gefühl von Fluctuation. Neben dieser Geschwulst lassen sich noch mehrere kleinere nachweisen. Ein Theil der Geschwülste wurde per laparotomiam entfernt, ein Theil des tiefen Sitzes und der Verwachsungen wegen ihres Inhalts entleert (der Sack theilweise entfernt, theils im oberen Wundwinkel eingenäht). Eine Cyste im kleinen Becken wurde nach Kraske (Kreuzbeinschnitt) entfernt.

E. Adamück: «Ueber Augenaffectionen nach typhösen Processen». (Nr. 38 u. 39).

Unter 1138 Typhusfällen wurden 32 Augenaffectionen beobachtet und zwar in 24 Fällen mit deutlichen äusserlichen entzündlichen Erscheinungen, in 8 Fällen ohne solche. Am häufigsten war die Chorioidea afficirt, öfters combinirt mit einer Iritis (seröse und parenchymatöse Form). Die Erkrankung des Auges beobachtet man am häufigsten 2—3 Wochen nach Beendigung des typhösen Processes, oder noch später, die Dauer beträgt 3—4 Wochen oder mehr. Die Behandlung bestand in Jodkali innerlich, heisse Compressen und Atropin.

R. Witritzki: «Ueber die Nebenwirkung des Jods auf das Lungengewebe». (Nr. 38).

Eine 20-jährige Bäuerin wies Lymphdrüsenschwellungen und eine Dämpfung des rechten Oberlappens dar. Bei Verdacht auf Lues wurde Jodammonium 2,0 in Lösung verordnet und im Laufe von 8 Tagen 16,0 verbraucht. Es trat eine wesentliche Verschlimmerung ein, der tuberculose Process verlief sehr acut. Verf. schreibt dem Jodammonium einen schädlichen Einfluss auf das Lungengewebe zu.

N. Schultz: «Eine Modification des Koch'schen Verfahrens zur Absonderung der Bacterien». (Nr. 39).

Verf. lässt die mit Nährflüssigkeiten versehenen Probirgläschen in schräger, fast horizontaler Richtung verweilen und den Inhalt erkalten. Nicht für alle bacteriologischen Arbeiten ist das Verfahren practisch, doch bietet es öfters grosse Vorzüge, z. B. zur Aufbewahrung von Colonien auf Jahre.

N. Kulbin: «Einige Worte über die innerliche Anwendung des Eises und gefrorener Medicamente. (Nr. 39).

Beschreibung eines Apparates zur Herstellung künstlich gefrorenen Eises.

W. Tschernow: «Ueber Hepatitis suppurativa bei Kindern». (Nr. 35, 37, 38 u. 39).

Verf. beobachtete in Kiew 3 Fälle von Leberabscess.

Erster Fall: 7½-jähriger Knabe, stürmische Erkrankung nach Eröffnung eines bis dahin latent verlaufenen Leberabscesses in die Bauchhöhle, seröse Pleuritis und Peritonitis, im Lebergewebe massenhafte Eiterherde, im Lungengewebe 2. Absolut latenter Verlauf bis zum Zeitpunkt der Ruptur, Aetiologie unklar.

Zweiter Fall: 12-jähriger Knabe. Verlauf von 40 Tagen, anfangs unter dem Bilde eines Typhus, worauf intra vitam die Diagnose lautete, Pleuritis dextra serosa, Ascites, von Seiten der Leber nicht die geringsten Anzeichen. Section: Peritonealüberzug der Leber normal, die Oberfläche glatt, ⅔ des Organes von einem Eiterheerd eingenommen.

Dritter Fall: 9-jähriges schwächliches Mädchen, Oedeme und Anasarca, Pleuritis serosa dextra, Ascites, Leber etwas vergrössert, nicht empfindlich, intermittirendes Fieber, Blutuntersuchung negativ, in den Faeces Eier von Parasiten. Section: Pleuritis chr. serosa dextra, Eiterheerde von verschiedener Grösse in der Leber.

Die aetiologischen Verhältnisse, der Verlauf und die Anzeichen einer Hepatitis suppurativa sind bei Kindern sehr dunkel.

W. Kruschkow und N. Wittenhof: Zur Frage über den Einfluss des unvollständigen Hungerns auf den N-umsatz, den Umsatz des Wassers, die Assimilirung des N und der Fette der Nahrung, auf die Menge der ätherschwefelsauren Salze im Harn und auf die Muskelkraft bei gesunden Menschen. (Nr. 40). Vorl. Mitth.

B. Greidenberg: «Ueber das hysterische Stottern». (Nr. 40). 3 Fälle von Stottern auf hysterischer Basis.

W. Buschuew: «Vasomotorisches Oedem der unteren Extremitäten». (Nr. 40).

Per exclusionem wurde die vasomotorische Störung als Ursache angenommen, da sich von Seiten des Herzens, Niere, Leber, des Blutes etc. keine Veränderungen nachweisen liesten. Das Oedem hatte symetrisch beide Unterschenkel ergriffen. Verf. meint, das vasomotorische Oedem hänge von einer erhöhten Reizbarkeit des Vasomotoren-Centrums ab. Die Behandlung ist von geringem Erfolg.

Lingen.

Russkaja Medicina. № 32—40.

J. Dedjurin: Ein Fall von syphilitischer Infection bei Pockenimpfung». (Nr. 32).

Die Vaccination geschah mit animaler Lymphe. An den Impfstellen entwickelten sich Geschwüre, die allmählich den Character des ulcus induratum annahmen; die Lymphdrüsen des Halses, der Axelhöhle, der Inguinalgegend schwollen an; es traten dann successive auf: papulae mucosae ani, oris et angina papulosa. Die Infection führt D. auf den Umstand zurück, dass die Impflancette, mit der viele Kinder eines Dorfes geimpft worden waren, nicht genügend jedes Mal desinficirt war.

Kowalski: «Einiges über die Art des Einflusses des Choleragiftes auf den Menschen». (Nr. 33).

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht sich K. dahin aus, dass die Cholera als toxische Angioneurose zu betrachten sei; desshalb sollen die seit jeher angewandten Mittel, wie Abreibung, Erwärmung, das Hervorrufen von Erweiterung der Hautgefässe durch heisse Bäder, Vesicantien etc. nicht verworfen werden. Im Uebrigen Nichts neues.

J. Dedjurin: «Leucoderma syphiliticum». (Nr. 34).

E. Larin: «Ueber prae- und postmortale Hautabschürfungen». (Nr. 36).

Experimentelle Untersuchungen und eingehende mikroskopische Beobachtungen, die zu recht interessanten Ergebnissen geführt haben.

M. Patzkewitsch: «Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel». (Nr. 37 u. 38).

Verfasser führt die Meinungen vieler Autoritäten auf diesem Gebiete an und bringt ein kleines Resumé.

D. Gromakowski: Immunisirung von Kaninchen gegen Streptokokken und Behandlung der erysipelatösen Erkrankungen mittels Blutseruminjection (aus dem Laboratorium der chirurgischen Pathologie und Therapie an der Kiew'schen medicinischen Facultät. (Nr. 38 u. 39).

Verfasser verschaffte sich zunächst Bouillon-Culturen von Streptokokken und zwar verschiedener Virulenz. Alsdann versuchte er Kaninchen zu immunisiren, indem er zunächst alte und hoher Temperatur ausgesetzte Culturen in's peritoneum

injicirte, dann allmählich vollvirulente Culturen anwandte; einer anderen Reihe von Kaninchen spritzte er zunächst vollvirulente Culturen in kleinen Mengen unter die Haut des Ohres, um erst später mit intraperitonealen Injectionen fortzufahren. So gelang es ihm die Kaninchen zu immunisiren. Das Blutserum der immunisirten Kaninchen wandte Verf. in 2 Fällen von ausgesprochenem Erysipel an. Der Effect war in beiden Fällen nicht zu verkennen. G. resümirt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Kaninchen können gegen Streptokokken immunisirt werden; die beste Methode besteht in intraperitonealer Injection abgeschwächter Culturen und später vollvirulenter Culturen in geringen Mengen.

2. Das Serum der immunisirten Thiere besitzt heilende Eigenschaft: 3 ccm. desselben auf 1 Kilo Thier genügen um eine experimentell hervorgebrachte erysipelatöse Erkrankung zur Heilung zu bringen.

3. Das Serum besitzt aber auch immunisirende Eigenschaften: Wird es unter die Haut eines Thieres gebracht, so schützt es das Thier vor der nachträglichen Injection einer tödtlichen Dosis der Streptokokken-Cultur.

4. Bei Anwendung des Serums an Menschen macht sich sein therapeutischer Effect dadurch geltend, dass die erysipelatöse Röthe nicht weiter fortschreitet, das Infiltrat schwindet, die Temperatur sinkt und die durch das Fieber bedingten Allgemeinerscheinungen zurückgehen. Alle diese Symptome treten sehr rasch nach Einspritzung des Serums auf. Verf. spricht seine Ansicht dahin aus, dass das in Rede stehende Serum auch bei Puerperalfieber, Phlegmone und Scharlachnekrosen seine Wirkung entfalten müsse. Erfahrungen darüber werden in Aussicht gestellt.

I. Matzokin: «Status praesens einer 102-jährigen Person». (Nr. 38).

Verschiedene Messungen und anthropometrische Bestimmungen».

P. Kowalewski (Professor): «Zur Lehre von der Anxietas praecordialis». (Nr. 39 u. 40).

Verf. weist zunächst darauf hin, dass neben den eigentlichen Erscheinungen der Anxietas immer Störungen im Circulations- und Respirationssystem vorhanden sind. In neuerer Zeit ist man zur Einsicht gelangt, dass der ganze Symptomencomplex eine Autointoxicationserscheinung darstellt; dieselbe beruht auf Stoffwechselstörungen, auf Verlangsamung des N-umsatzes, was bei Neurasthenikern sehr häufig beobachtet wird. Die Untersuchungen von Marzocchi und Haig weisen darauf hin, dass bei vielen depressiven Zuständen eine Anhäufung von Harnsäure im Blut und eine Vermehrung derselben im Urin constatirt werden. Verf. hat viele Fälle von Anxietas praecordialis bei Neurasthenikern beobachtet und in allen Fällen fand er eine Vermehrung der Harnsäure im Urin. Auf Grund dieses Befundes wendet K. seit einiger Zeit bei neurasthenischen Angstaffecten Vichy und Borshom (kaukasischer Curort) an. In vielen Fällen erzielte er sehr gute Resultate, insofern, als die Anxietas praecordialis vollständig verschwand. Auch wird eine besondere Diät angeordnet: Milch und reichlich Vegetabilien; Fleisch nur in geringen Quantitäten als Geflügel.

G. Rodionow: «Alopecia areata als Symptom des Vorhandenseins eines Bandwurms». (Nr. 40).

In 2 Fällen (2 Kadetten) beobachtete R. das Auftreten von Alopecia areata und starken Kopfschmerzen, die seiner Meinung nach in einiger Beziehung zur Taenia standen; denn nachdem der Bandwurm abgetrieben worden war, hörten die Kopfschmerzen auf, und die kahlen Hautstellen bedeckten sich allmählich mit Haaren. Post hoc, ergo propter hoc!?

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje. № 17—20.

A. Kissel: «Zur Casuistik der seltenen Formen des chronischen Gelenkrheumatismus bei Kindern (Rheumatismus nodosus infantum; Noduli rheumatici). (№ 17).

Verfasser hat bereits 6 Fälle dieser Erkrankung beobachtet. Sie ist dadurch charakteristisch, dass in der Umgebung der grösseren und kleineren Gelenke Knötchen von verschiedener Grösse und Gestalt auftreten; sie finden sich in den die Gelenke umgebenden Weichtheilen, an den Sehnen und dem Periost; gewöhnlich ist acuter Gelenkrheumatismus vorausgegangen. Die Knötchen sitzen häufig symmetrisch in der Umgebung der Gelenke beider Körperhälften, sind auf Druck schmerzhaft und verschwinden gewöhnlich binnen kurzer oder längerer Zeit. K. bringt eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der in der Literatur bereits bekannten Fälle und führt die von ihm beobachteten Krankengeschichten an. Die Erkrankung ist nicht zu verwechseln mit der gewöhnlichen Form des chronischen Gelenkrheumatismus, ferner nicht mit der im Kindesalter äusserst seltenen Arthritis deformans (characterisirt durch Erkrankung und Veränderungen an den Gelenkenden). Als besonders characteristisch für den Rheumatismus nodosus führt K. an, dass die Knötchen im Gegensatz zu den festen Infiltraten des gewöhnlichen chronischen Gelenkrheumatismus rasch verschwinden können. In schweren Fällen, die bereits im frühen Kindesalter (2½ Jahre) auftreten können, gesellen sich schwere Ernährungsstörungen hinzu, und die Kinder gehen an Mitbetheiligung des Herzens zu Grunde. Verfasser hat ferner Fälle beobachtet, wo kleine Knötchen gefunden wurden, ohne dass irgend welche Symptome (Schmerzen oder Bewegungsstörungen) an den Gelenken zu constatiren waren; häufig sind diese Knötchen dann so klein, dass sie nur bei stark flectirten Gelenken gefühlt werden können. K. spricht dann von «Noduli rheumatici», ihre Anwesenheit ist zuweilen für die Diagnose eines bestehenden Leidens recht wichtig (so bei Herzgeräuschen, bei Chorea).

A. Kirillin: «16 Fälle von Kokken-Angina bei Kindern». (Nr. 17).

Verfasser beschreibt eine von ihm in der Masernabtheilung des Wladimir-Kinderspitals zu Moskau beobachtete Angina-Epidemie. Im Verlaufe von 2 Monaten erkrankten 16 Kinder. Es trat ein rein fibrinöses Exsudat auf den Mandeln, dem weichen Gaumen, der hinteren Rachenwand oder im Nasenrachenraum auf; zuweilen kleidete das Exsudat die ganze Nasenschleimhaut aus; es war sehr leicht abziehbar, die darunter gelegene Schleimhaut sehr wenig lädirt; die Lymphdrüsen wenig afficirt. Bei denjenigen Kindern, welche nach den Masern bereits entfiebert waren, stieg die Temperatur auf 38°, zuweilen war aber gar keine Temperatursteigerung zu constatiren, bei den noch Fiebernden trat Verschlechterung des Zustandes ein. Von den 16 Fällen endete nur ein Fall lethal, und zwar nicht in Folge der Angina, sondern wegen der katarrhalischen Pneumonie. Die mikroskopische Untersuchung der Membranen und die angestellten Culturen ergaben, dass in keinem einzigen Fall Löffler'sche Diphtheriebacillen vorhanden waren, vielmehr fanden sich verschiedene Kokken, unter denen die Streptokokken praevalirten. K schliesst aus seinen Beobachtungen, dass die Streptokokken ein der Diphtherie sehr ähnliches Bild erzeugen können, und dass das Krankheitsbild epidemisch auftreten kann.

A. Kissel: «Ein Fall von hysterischer Anorexie bei einem 11-jährigen Mädchen». (Nr. 17).

Durch Zurückweisung jeglicher Nahrung magerte das Mädchen rasch ab und gelangte zu den extremen Graden der Cachexie. (Gewicht 22000 Gramm). Im Hospital wurde es isolirt und gewaltsam gefüttert. Heilung.

W. Muratow: «2 Fälle von syphilitischer Neubildung im Gehirn mit psychischen Störungen und secundärer Strangdegeneration». (Nr. 17).

2 Krankengeschichten nebst makro- und mikroskopischen Sectionsprotokollen.

P. Tichow: «Multiple, symmetrische Lipome». (Nr. 18).

Verfasser hat 2 Fälle von multiplen Lipomen beobachtet, die an beiden Körperhälften symmetrisch angeordnet waren. Genaue Literaturangabe und kritische Beleuchtung der von den Autoren angegebenen aetiologischen und pathogenetischen Momente.

W. Tipjakow: «Ein Fall von totaler Uterusruptur unter der Geburt». (Nr. 18).

Der Fall ist insofern interessant, als keine Anomalien weder in den Geburtswegen, noch in den vorliegenden Fruchttheilen vorhanden waren, die eine Ruptur des Uterus bedingen könnten. Der Umfang des vorgelegenen Kopfes betrug 33 Cm., das Gewicht des Kindes 2800 Grm. Die Ruptur kam im Moment des Abflusses des Fruchtwassers zu Stande, und ist wahrscheinlich auf Veränderungen im Uterusgewebe zurückzuführen. Es wurde sofort die Laparotomie mit supravaginaler Amputation des Uterus ausgeführt.
Wegen starker Anaemie mussten Kochsalzinfusionen gemacht werden. Ausgang in Heilung.

E. Michailowa: «Die Anwendung des Extractum Viburni prunifolii in der Geburtshilfe». (Nr. 18).

Die Beobachtungen der Verfasserin ergeben, dass das Mittel ein gutes Stypticum ist. Was den Einfluss auf den Uterus anlangt, so bedingt Viburnum eine Verstärkung des Tonus



der Uterus muskulatur, in Folge dessen hält M. das Mittel bei beginnendem Abort für gefährlich, in keinem einzigen Fall konnte sie beobachten, dass der Abort unter dem Einfluss des Viburnum aufgehalten wurde.

P. Miljanitsch: «Zweihundert Kataraktoperationen im Hospital zu Zetinje (Montenegro)». (Nr. 19).

W. Potejenko: «Zur Casuistik der von der Choroidea ausgehenden Sarcome im Kindesalter». (Nr. 19).

Beschreibung eines Falles von Rundzellensarcom des Auges bei einem 4-jährigen Knaben. Enucleation des Auges.

Th. Buljubasch: «Sarcom der inneren Lymphdrüsen mit recurrirendem Fieberverlauf». (Nr. 19).

Verfasser berichtet über den eigenthümlichen Verlauf der Krankheit, welche bereits von einigen Autoren beschrieben worden ist (Völkers, Puritz, Pel, Ebstein u. and.). Pathologo-anatomisch characterisirt sich dieselbe in: Hyperplasie der Milz, der inneren lymphatischen Apparate, der Leber; primär degeneriren sarcomatös die inneren Lymphdrüsen und dann auf dem Wege der Metastase die Leber, Pleura, Milz, Nieren, Dura mater etc.

Klinisch charakterisirt Verf. die Krankheit durch folgende 3 Punkte: 1. Der eigenthümliche, ganz typische Verlauf des Fiebers: eine Reihe von Fieberattaquen wechseln mit fieberlosen Zeitperioden ab, und zwar wird der fieberlose Intervall mit dem Fortschreiten der Krankheit immer kürzer, so dass derselbe zu Ende der Erkrankung nur 2—3 Tage währt. Das Ansteigen der Temperatur, zuweilen mit Frostgefühl, geht immer allmählich vor sich, dasselbe geschieht beim Sinken der Temperatur. Wenn des Morgens die Temperatur bereits zur Norm zurückgekehrt ist, so tritt schon des Abends subfebrile Temperatur ein, und besteht bereits schon des Morgens subfebrile Temperatur, so findet man des Abends recht hohes Fieber. Während der Fieberattaque schwindet der Appetit, häufig gesellt sich Aufstossen, ja sogar Erbrechen hinzu. In allen Fällen constatirt man dabei eine starke Anschwellung der Leber und Milz, häufig eine ebenso starke Schwellung der äusseren Lymphdrüsen. Das Blut zeigt keine wesentliche Abweichungen, weder ist die Zahl der weissen Blutkörperchen vermehrt, noch ist die Haemoglobinmenge vermindert. 2. In den fieberlosen Zeitperioden tritt rasch Besserung ein: der Puls wird voller und seltner, die Athmung wird normal, es zeigt sich Appetit, die Milzschwellung und die Hyperplasie der äusseren Lymphdrüsen (nam. der supraclavicularen) nehmen rasch ab, dagegen bleibt die Leberschwellung bestehen. 3. Die Anaemie schreitet unaufhörlich, aber langsam vorwärts und zum Schluss wird der cachektische Zustand sehr prägnant. Gewöhnlich dauert die Krankheit ein Jahr; der Tod tritt unter den Symptomen der Degeneratio cordis ein.

W. Walter: «Fall von Myelitis mit dunkler Aetiologie». (Nr. 19).

Bei dem betreffenden Patienten, einem 43-jährigen Herren traten ganz plötzlich Symptome der Myelitis transversa auf. Das vom Verf. beschriebene Krankheitsbild entspricht genau dem bei transversaler Rückenmarksentzündung beobachteten. Ausgang der Krankheit in völlige Heilung. Aetiologisch ist zu berücksichtigen, dass der Patient 2 Wochen vor der Erkrankung von einem Hunde mit zweifelhaftem Gesundheitszustande gebissen worden war und bald darauf an der Charkower bacteriologischen Station 7 Tage lang nach der forcirten Pasteur'scher Methode behandelt worden war: am 1. Tage der Behandlung — Injection von 9—10 tägigem Gehirn, am 2. Tage mit 7—8 tägigem, am 3. Tage mit 6 und 5 tägigem, am 4. mit 4 und 3 tägigem. Am 5. mit 2 tägigem Gehirn. Möglich, dass die Myelitis transversa hiermit in Zusammenhang gebracht werden kann.

J. Chmjelewski: «Zur Anwendung des Duboisin's und Scopolamin's bei psychischen Kranken». (Nr. 19).

Verfasser hat das Duboisinum sulfuricum (subcutane Injectionen von 0,0005—0,001 pro dosi) an 18 Patienten angewandt, dieselben litten an schweren Formen von Manie, acuter Hallucination, chronischer Melancholie mit Anfällen starker Aufregung, periodischer Manie, puerperaler Psychose. Das Mittel wurde bei starken Exaltationszuständen verabreicht. Es bewährte sich in allen Fällen als vortreffliches Sedativum; schon einige Minuten nach ausgeführter Injection fühlen die Kranken eine gewisse Schwere, die motorische Erregung nimmt rasch ab, die Kranken hören auf zu schreien, zuweilen tritt sogar Schlaf ein, was gewöhnlich nur dann beobachtet wurde, wenn das Mittel Abends angewandt worden war. Gewöhnlich wurden die Injectionen alle 3 Tage ausgeführt, um die cumulative Wirkung auszuschliessen. Contraindicirt ist das Mittel bei den depressiven Formen, besonders bei der Melancholia agitata. Das Scopolamin erwies sich in seiner Wirkung identisch mit der des Duboisins, jedoch etwas schwächer, so dass Dosen von 0,001—0,0015 gegeben werden mussten. Systematisch soll weder das eine, noch das andere Mittel angewandt werden.

T. Schabad: «Ueber den Pankreas- und Phloridzin-Diabetes». (Nr. 19).

Wiederholung der bekannten Minkowski'schen Experimente mit Transplantation von frischem Pankreas. Verfasser bestätigt die Beobachtungen von Minkowski und führt seine Experimente mit Exstirpation der Bauchspeicheldrüse und Unterbindung des ductus choledochus an, die zur Evidenz ergeben, dass der experimentelle pankreatische Diabetes nur auf Entfernung dieser Drüse, nicht aber auf irgend welche Laesionen des plexus solare oder der Leber beruhen könne. Sch. hat ferner bei Hunden durch Einführung von doppelt chromsaurem Kali schwere acute Nephritis erzeugt und konnte doch bei ihnen durch Injection von Phloridzin Glycosurie hervorrufen.

Diese Versuche beweisen, dass der Phloridzin-Diabetes nicht auf eine specifische Thätigkeit der Nierenepithelien zurückzuführen sei.

I. Sajaitzki: «Ein Fall von Graviditas interligamentaris». (Nr. 20).

W. Tipjakow: «Ein Fall von Haematocele periuterinum extraperitoneale». (Nr. 20).

Der Fall bietet Interesse wegen der differentiellen Diagnose und Aetiologie, insofern das Haematom sich nicht im Anschluss an eine Geburt entwickelt hatte.

I. Ssabanjeew: «Ein Fall von Aneurysma der a. poplitea, geheilt durch Exstirpation des Sackes». (Nr. 20).

Spisharny: «Zur Casuistik der Behandlung der Prostata hypertrophie mittels Castration». (Nr. 20).

Ein 69-jähriger Koch litt recht stark unter den Symptomen der Prostata hypertrophie; die Drüse war so gross, dass sie das Lumen des Rectum verengte; ausserdem bestand Incontinentia urinae. Cystitis, Epididymitis mit einem Fistelgang, der sich im Scrotum öffnete. Totale Castration. 5 Monate nach der Operation fand S. die Vorsteherdrüse geschrumpft, die Obstipation war verschwunden, und der Harn konnte lange Zeit gehalten werden,

D. Tschernechowski: «Die Behandlung des Erysipels mittels Einreibung von Unguentum hydrargyri cinereum». (Nr. 20).

Verfasser hat 100 Patienten, die mit den verschiedensten Formen und Intensitätsgraden des Erysipels behaftet waren auf folgende Weise behandelt: Morgens und Abends wurden in die afficirten Hautgebiete und die sie umgebenden gesunden Partien 4—15,0 grauer Quecksilbersalbe bis zum Trocknen eingerieben, dabei wurden die Patienten angehalten häufig mit Kali chloricum zu gurgeln; innerlich verordnete T. Analeptica. Gewöhnlich genügten 3—4 Tage zu dieser Behandlung. Todesfälle waren nicht zu verzeichnen, obgleich manche Fälle zu den schwersten gehörten.

M. Pluschtschewski: «Zur Behandlung der Hautverbrennungen». (Nr. 20).

Verfasser schliesst sich der von Bardeleben empfohlenen Behandlungsmethode mit Wissmuth an.

S. Orlowski: «Ueber die Anfertigung makroskopischer in Gelatine eingebetteter Präparate aus dem Central-Nervensystem». (Nr. 20).

A. Mamurowski: «Ueber die an der Spirochacta Obermeieri auftretenden Veränderungen vor dem Ende der Recurrenzattaque». (Nr. 20).

Bei Untersuchung des Blutes von an Recurrens leidenden Kranken fand M., dass die Spirochacten schon 10—20 Stunden vor dem Schluss der Attaque Veränderungen zeigen: statt der spiralen Windungen finden sich mehr grade Fädchen; gleichzeitig verliert das Protoplasma seine homogene Beschaffenheit, es bekommt ein körniges Gefüge, welches besonders auf gefärbten Trockenpräparaten des Blutes zu Tage tritt.

Abelmann.



Westnik obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny. 1893 Juli – December.

A. I. Danilewski: ‹Ueber die Anwendungsweise des Theers zu Desinfectionszwecken›. (Juli).

Um die im Holztheer enthaltenen Phenole nutzbar zu machen, empfiehlt Verf. neben den Methoden von Nencki und von Raptschewski folgendes eigene Verfahren. 1½ Theile ungelöschten Kalkes werden mit 2½—3 Theilen Wasser behandelt, und noch vor dem Erkalten wird dem Brei 1 Th. Theer beigemischt.

Die hellgraubraune Masse wird für den Gebrauch mit Wasser verdünnt und heftig gerührt. Dann enthält die oben abstehende durchsichtige, braunrothe Flüssigkeit die Phenole in einer zu Desinfectionszwecken geeigneten Form. Ueber die bacterientödtenden Eigenschaften dieser Lösung geben einige Tabellen Aufschluss. (Die bacteriologischen Untersuchungen sind von G. J. Jawein ausgeführt).

P. O. Smolenski: ‹Historische Skizze der Lehre von der Ernährung›. (Juli—Aug.).

A. D. Dawydow: ‹Simulirte Krankheiten und andere Arten sich unter dem Vorwande von Krankheiten den Arbeiten zu entziehen unter den Zwangsarbeitern im Alexander-Gefängniss auf der Insel Sachalin›. (Jul.).

I. Gruppe: Wirkliche Simulationen von Geisteskrankheiten, Bronchitis, Gastroenteritis, Ohnmachten, Lahmheit, Verrenkungen, Entzündungen der Urethra und anderer Schleimhäute, Hühnerblindheit, allgemeines Unwohlsein.

II. Gruppe: Absichtliche Reizung und Verschlimmerung bestehender Verletzungen oder Benutzung unbedeutender Vorwände um einen halben Tag durch den Besuch der Ambulanz zu gewinnen.

III. Gruppe: Offenherzige Bitte um Ruhe und Erholung im Hospital. Traurige Bilder. Harte Aufgabe für den Arzt.

M. O. Wassilkow: ‹Incubationsperiode der Cholera, nach Daten der Epidemie von 1892›. (Jul.).

Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen sowie derer anderer Collegen nimmt Verf. als das Minimum der Incubationszeit 5 Tage an, als Mittel 7 und lässt Schwankungen zwischen 5 und 10 Tagen zu. Die Zahlen gelten für natürliche Verhältnisse nicht für das Laboratoriumexperiment (Emmerich).

M. D. von Puteren: ‹Material zur Frage von der Versorgung obdachloser und ausgesetzter Kinder in Russland›. (Jul. Sept.—Dec.).

Schluss der längeren zum Referat nicht geeigneten Arbeit.

N. Wertepow: ‹4 Fälle von Fremdkörpern›. (Jul.).

1) Kirschkern in der Nase eines 4-jährigen Mädchens nach 1½ Jahren extrahirt.

2) Schrotschuss in den Unterarm. Die Schrotkörner einzeln mit einem metall. Ohrlöffel durch die Einschussöffnung entfernt.

3) Bei einem 3-jährigen Mädchen 12 lebende Fliegenmaden in der Nasenhöhle, davon 6 in 2 Sitzungen extrahirt, die übrigen spontan heraus gekommen. Späterhin hat Verf. an einem Hunde die Erfahrung gemacht, dass die Maden durch Terpentin zu betäuben sind; worauf sie viel leichter aus Wunden und Körperöffnungen entfernt werden können.

4) Mädchen von 5 Jahren jagt sich bei einem Sprung in's Wasser einen Stock, welcher in den Flussgrund gesteckt ist in die Scheide und weiter bis unter die Haut am Rücken. Extraction. Unbedeutende Blutung. Ausspülung des Wundkanals mit Carbol. Nach 5 Tagen Heilung. Darauf nach 1½ Wochen subcutane Eiterung am Rücken, welche spontan heilt.

Bontschkowski: ‹5 Fälle von acuter gelber Leberatrophie›. (Jul.).

Sofort nach dem Schwinden der Cholera trat in der Stadt Ischim eine Icterus-Epidemie auf und zwar ausschliesslich in den vordem von der Cholera heimgesuchten Quartalen. Verf. hat darunter 5 Fälle (4 Schwangere und 1 kräftiger 40-jähriger Mann) beobachtet, welche alle Zeichen der acuten gelben Leberatrophie trugen. Die Krankheit begann mit Appetitverlust, Uebelkeit, Kopfschmerz, Schmerz und Druck im Hypochondrium und der Lebergegend; dann gesellten sich bald hinzu Icterus, Somnolenz, wilde Wahnvorstellungen bis nach 5 oder 6 Tagen unter Krämpfen und kaltem, klebrigem Schweiss der Tod eintrat. Die Leber erwies sich immer bedeutend verkleinert. Aus äusseren Gründen mussten Section und mikroskopische Untersuchung unterbleiben.

A. A. Neswizki; ‹Untersuchungen über die hygienischen Verhältnisse in den Volksschulen des Kreises Krementschug›. (Aug.—Sept.).

Sorgfältig gesammeltes Material über die bestehenden Verhältnisse und Bezeichnung derjenigen Anforderungen, welche bei Errichtung neuer Volksschulen zu erfüllen sind.

N. Uschinski: ‹Zur Frage von der Schwefelwasserstoff-Vergiftung›. (Aug.).

Experimentelle Arbeit. Verf. hat vornehmlich die Einwirkung des H_2S auf das Blut in vitro und an Thieren (Kalt- u. Warmblütern) studirt. Das Sulfhämoglobin bildet sich nicht sogleich bei der Einwirkung des H_2S auf das Blut, sondern erst nach einiger Zeit und zwar ist diese Zeitspanne umgekehrt proportional der Menge des eingeführten H_2S. Bei Kaltblütern tritt der Tod später ein als bei Warmblütern, dem entsprechend zeigt das Blut der ersteren im Spectrum neben den beiden Oxyhämoglobinstreifen noch den Streifen des Sulfhämoglobins. Im Blute der gefallenen Warmblüter fehlt dieser letztere Streifen. Der Tod tritt nach H_2S-Vergiftung in Folge von Lähmung der Nervencentren ein. Das Sulfhämoglobin ist ungiftig. Verf. hält es für unstatthaft bei der gerichtlichen Expertise sich auf den spectroskopischen Befund zu stützen, weil die Sectionen meist erst 3-4 Tage nach dem Tode ausgeführt werden — d. h. zu einer Zeit, da sich in der Leiche bereits SH_2 als Fäulnissprodukt gebildet haben kann.

A. N. Dazenko: ‹Eine Epidemie von eitriger Conjunctivitis im 1. Bezirk des Kreises Senkow›. (Aug.).

Nach Schätzung des Verf. erkrankten im Laufe mehrerer Monate etwa 13 pCt. der Bevölkerung. Bei denjenigen Kranken, welche in Behandlung des Verf. gelangten, war die Krankheit ‹in 76 pCt. der Fälle characterisirt durch entzündliches Oedem der Lidhaut, bedeutende entzündliche und oedematöse Schwellung der Conjunctiva mit reichlicher Eiterabsonderung und darauf folgendem Rauhwerden. Die übrigen 24 pCt. kennzeichneten sich als gewöhnlicher Conjunctivalcatarrh, obwohl in vielen Fällen ein ätiologischer Zusammenhang mit den eitrigen Formen bestand›. Stets waren beide Augen befallen. Die Dauer der Krankheit betrug 2—4 Wochen. Die Behandlung bestand für den Anfang in kalten Compressen mit 1 pCt. Borlösung, später in Bleiwasserumschlägen. Der Ausgang bestand gewöhnlich in restitutio ad integrum. Nur in 4 Fällen hat Verf. Uebergang in Conjunct. chron. beobachtet und 2 mal Keratitis ulcerosa.

K. M. Leplinski: ‹Zur Aetiologie des Skorbut›. (Aug.—Oct.).

Ausführliche Geschichte der Skorbutfrage. Die eigenen Beobachtungen erstrecken sich auf eine Periode von 20 Jahren und sind an den Insassen der Irrenabtheilung eines grossen Hospitals in Kiew ausgeführt. Verf. constatirt das Maximum der Erkrankungsziffer im Frühjahr und Anfang des Sommers. Das Steigen des Barometerdruckes hat eine Abnahme der Scorbutfälle zur Folge und umgekehrt. Schliesslich werden noch gewisse locale Factoren in Betracht gezogen.

P. N. Prochorow: ‹Eine Dampfdesinfectionskammer›. (Aug.).

Verf. hat eine überall leicht zu improvisirende Kammer construirt deren Idee in Folgendem besteht. Aus einem erhöhten Reservoir fliesst Wasser durch eine Metallröhre, welche an einer Stelle spiralige Windungen besitzt. Hier genügt eine schwache Heizung um das in den Spiralen enthaltene Wasser in überhitzten Dampf zu verwandeln. Letzterer wird in ein zweites kleineres Wasserreservoir geleitet, welches sich im obersten Theil der eigentlichen Desinfectionskammer befindet. Auf diese Weise wird stets ein gesättigter Wasserdampf erzielt.

E. A. Troizki: ‹Ueber den sanitären Zustand Warschau's nach den Daten der Häuser- und Wohnungszählung›. (Sept.).

Populärer Vortrag.

E. F. Bellin: ‹Zur Frage über die Ursachen des plötzlichen Todes›. (Sept.).

Statistische Untersuchung.

M. A. Belin: ‹Anlässlich der Eis-Untersuchungen in Moskau›. (Oct.).

Die Gesammtzahl der Untersuchungen ist nicht gross. Im Allgemeinen erweisen sich die tieferen Eisschichten als reiner und bacterienärmer als die höheren. Pathogene Microben sind überhaupt nicht gefunden worden.

P. I. Kubassow: «Ueber die fibrinöse Pneumonie». (Oct.—Dec.).

Zusammenfassender, ungemein ausführlicher Bericht über die Entwickelung und den Stand der Pneumonie Frage.

I. Putochin: «Ein Fall angeborenen Mangels einer Niere». (Oct.).

In Folge Trauma's gestorbener 9-jähriger Knabe. Absoluter Mangel der Niere und des Ureters rechterseits. Die linke Niere vergrössert 4¼ Zoll lang, 2½ breit, 1½ dick; der Hilus weit, desgleichen der linke Ureter. Die Wand der Harnblase etwas hypertrophisch.

N. W. Kudrjawzew: «Medico-topographische Beziehungen». (Nov.—Dec.).

Reiches Zahlenmaterial. Resumé:

1) Die absolut höchsten Orte bieten die besten Lebensbedingungen; am einfachsten drückt sich dies aus in der Natalität und Mortalität, sowie im Gange der Epidemieen.

2) Niederungen: a) am Meere gelegen, bieten wegen des leichten Luftwechsels und der erhöhten Ozonisation gesunde Lebensbedingungen; b) in Hügel eingeschlossen, versumpft oder sandige Ueberschwemmungsebenen reissender Flüsse, zeichnen sich durch Ueberschuss an organischen Substanzen aus, die O. absorbieren, durch Mangel an Ozon und Fülle an Krankheitserregern. Erhöhte Mortalität und Morbilität.

3) Geneigte Ebenen mit Sandgrund, welcher periodisch Wasser aufnimmt, also mit schwankendem Grundwasserstand sind besonders gesundheitswidrig.

4) Waldige Gegenden bieten keineswegs bessere Gesundheits- und Lebensbedingungen.

5) Steilansteigende und relativ hohe Orte gehören zu den Gesunden.

6) Grund und Untergrund sind von directem Einfluss auf das Grund- und Quellwasser.

7) Das Leben des Menschen hängt direct ab von der Qualität des Trinkwassers; desshalb ist

8) die Lage der Niederlassungen längst dem System dieses oder jenes Wasserlaufes ist von grosser Bedeutung.

9) Die Gegenwart gewisser Mineralsalze im Flusswasser ist von wesentlichem Einfluss auf die Entwickelung gewisser Krankheiten.

10) Hieraus ergiebt sich die Abhängigkeit endemischer Krankheiten vom Trinkwasser und im Grunde genommen von der

11) Zusammensetzung des Bodens. Die Reihenfolge der Schichten, ihr geologischer Character, die Ständigkeit gewisser Einschlüsse in den einen und ihr Mangel in den andern, gestatten ein annäherndes Urtheil über die Eigenschaften des Wassers.

12) Solche Einschlüsse, wie Schwefelkies, Gyps, Magnesiasalze, wirken in einer bestimmten Richtung schädlich.

13) Das beständige Vorkommen gewisser Einschlüsse in einigen Flötzen und Schichten der geologischen Systeme ermöglicht es, auf einer geologischen Karte Eintragungen zu machen über die Möglichkeit des Vorwaltens einer gewissen Krankheit in einer gegebenen Gegend.

14) Der Einfluss der stehenden Oberflächenwässer auf den Gesundheitszustand und den Verlauf von Krankheiten ist sehr bedeutend.

15) Aber der Einfluss unterirdischer Kessel mit Sanddecke ohne Wasserabfluss, vielmehr mit Infiltration der Sanddecke — ist der allerschlimmste.

16) Bezüglich des Verbreitungsganges einiger Krankheiten können wir uns am Besten an der Höhenkarte über die Abhängigkeit dieses Ganzen von der Entwickelung des Reliefs, von der Steilheit der Hügel vergewissern.

17) Der Kalkboden stellt sich im Allgemeinen als der Gesündeste dar.

18) Aber Kalkstein, welcher wegen reicher Mg-beimengung in Dolomit übergeht, wirkt schädlich.

19) Stark lehmhaltiger Kalkstein, sog. Mergel, ist wegen seiner bedeutenden Wasseraufnahmefähigkeit sehr gesundheitswidrig, was sich beständig durch Auftreten von Epidemieen kundgiebt.

20) Wenn eine steil erhobene und von Schluchten scharf durchschnittene Gegend tiefe abgeschlossene Thäler darbietet mit reissenden Gewässern darin und die Niederlassungen hart am Wasser stehen, so ist die hohe Lage der Gegend ohne Bedeutung, vielmehr bedingt der Niederungscharacter der Ansiedelung verstärkte Morbilität und Mortalität.

W. W. Swjatlowski: «Revue der Fortschritte auf dem Gebiete der Gewerbs- und Fabrikshygiene». (Dec.).

Bearbeitet nach Uffelmann und anderen Quellen.

M. S. Gaschkewitsch: «Einige medicinisch-statistische Daten über die Choleraepidemie in der Stadt Cherson 1892». (Dec.).

Bescheidene Ueberschrift für eine Menge von Zahlen.

Wladimiroff.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj

Band IV. Heft 3.

Prof. W. Maksimow: «Ueber die Lehrmethoden der operativen Chirurgie und über ihre Aufgaben bei ihrer gegenwärtigen Entwickelung».

Antrittsvorlesung, gehalten in Warschau am 15. September 1893.

Prof. A. Bobrow: «Ueber die Behandlung der Echinococcen».

B. hat in der russischen Literatur der letzten 5 Jahre, einschliesslich 6 eigener Fälle, 88 Echinococcusoperationen gefunden und zwar 49 der Leber, 6 der Milz, 9 des Bauchfells, 1 der Niere, 4 der Lungen, 17 der Muskeln und 2 in den Knochen. Von den Leberechinococcen sind 21 einzeitig operirt (nach Lindemann-Landau) mit 20 pCt. Mortalität und 28 zweizeitig (nach Volkmann) mit 14,2 pCt. Sterblichkeit. Die Gefahren der Operation liegen in der Eiterung und im erschöpfenden Gallenfluss. Um diese Gefahren zu verringern empfiehlt B. bei nicht vereiterten Echinococcen das Billroth'sche Verfahren, das er in einem Fall von grossem Leberechinococcus mit vorzüglichem Resultat ausgeführt hat: nach Extraction des Sackes Anfüllung der Wundhöhle mit Jodoformemulsion und totaler Verschluss durch Naht.

N. Lyssenkow: «Die Behandlung der Hirn- und Rückenmarksbrüche».

4 Fälle aus der Moskauer Kinderklinik, von Prof. Djakonow operirt. Im I. Fall (Encephalocele occipitalis) wurde der vorliegende Hirntheil abgetragen, die Wunde total vernäht. Wundverlauf gut, nur durch eine intercurrente Grippe gestört. In der Folge entwickelte sich ein Hydrocephalus. Der II. Fall, eine Spina bifida sacralis, nach der Methode von Bobrow operirt, ist schon publicirt. Das Endresultat ist fester knöcherner Verschluss der Oeffnung und eine mässige Incontinenz der Blase und des Mastdarms. Fall III, eine Encephalocele nasoorbitalis, starb an eitriger Leptomeningitis. Im IV. Fall, einer Spina bifida lumbalis, wurde der Defect durch einen Periost-Knorpellappen aus der Crista ilei gedeckt, der auch gut anheilte (per secundam). Später entwickelte sich ein Hydrocephalus.

M. Margulies: «Zur Frage der Leberabscesse».

Im hebräischen Krankenhause in Odessa sind in den Jahren 1888—1893 33 Fälle von Leberabscess zur Beobachtung gekommen. Genaue Krankengeschichten existiren von 17 Fällen. Als aetiologisches Moment war in der weitaus grössten Mehrzahl Dysenterie zu constatiren. Diarrhoe unbestimmten Characters, Trauma und Perityphlitis waren in 2. resp. je einem Fall Ursache des Leidens. Operirt wurden 22 Fälle mit 45 pCt. Mortalität, die unoperirten 11 starben oder wurden auf Wunsch ungebessert entlassen. Von Probepunktionen macht M. ausgiebigen Gebrauch, um die Diagnose zu sichern. Bei der Operation macht M. grosse Schnitte bis auf die Leber und wartet einige Tage, bis zur Bildung von Adhäsionen, mit der Eröffnung des Abscesses; nur bei dringender Indication wird einzeitig operirt, nach Vernähung der Leber mit der Bauchwunde. Eventuell werden Rippenresectionen gemacht. Details müssen in der interessanten Originalarbeit nachgelesen werden.

I. Ignatjew: «Zur Symptomatologie der Ruptur der Harnblase».

Im Verlauf von 4 Jahren hat I. unter 30,146 chirurgischen Kranken 3 Fälle von Blasenruptur beobachtet. Verursacht waren sie alle durch Trauma: Auffallen einer Erdscholle auf den Rücken (gleichzeitig Rückenmarks- und Wirbelsäulenverletzung, sowie Dammriss bei einem 28-jährigen Mann), Fall auf die rechte Seite (ohne wesentliche andere Verletzungen) und Fusstritt auf die Unterbauchgegend. Im ersten Fall drang der Riss im Fundus der Blase nur bis zum Peritoneum, im zweiten Fall war auch das Peritoneum zerrissen (auch im Fundus), im dritten Fall war der Riss auch penetrirend.

Der erste Kranke starb an Pyämie in Folge von «Diphtheritis» der Blase, der zweite an Peritonitis, der dritte an Harnresorption. Die Therapie war bei allen exspectativ. Für die Symptomatologie und Diagnose bieten die Fälle nichts, was nicht schon längst bekannt ist.



Casuistische Mittheilungen.

B. Kalinowski: «3 Fälle von Geschwulstexstirpation aus der seitlichen Halsgegend mit Durchschneidung des Gefäss-Nervenbündels».

Eigentlich sind es nur 2 Fälle, denn im dritten wurde nur die Vena jugularis unterbunden und exstirpirt, was bekanntlich keine schlimmen Folgen hat. In allen berichteten Fällen handelte es sich um Lymphosarcome; im zweiten Fall konnte die A. carotis geschont werden. Von Interesse sind die 2 einseitigen Vagusdurchschneidungen. Die Erscheinungen waren: starke Beschleunigung und Flachwerden der Athmung, colossale Pulsbeschleunigung (bis zur Unzählbarkeit). Diese Erscheinungen liessen nach 2—3 Minuten bedeutend nach. Lange Zeit nachher waren noch die Athembewegungen der gleichnamigen Brusthälfte im Vergleich zur andern verspätet, am 4.—5. Tage entwickelten sich daselbst Bronchopneumonien, die aber ausheilten. Die Pulsfrequenz sank nur sehr allmählich, bis sie bei 80—100 Schlägen in der Minute constant wurde.

B. Kalinowski: «Penetrirende Bauchwunden als Indication zum Bauchschnitt».

Fall I. Aufschlitzung des Bauches durch einen Stier, Eventration des ganzen Dünndarms und Netzes. Reinigung, Reposition, Naht-Heilung.

Fall II. Schussverletzung. Der Dünndarm an 5, das Colon transversum an einer Stelle perforirt. Darmnaht, ausgiebige Spülung des Bauchs mit warmem Wasser, Naht der Bauchwunde. Heilung.

Fall III. Bauchschuss. Nach Laparotomie wird keine Darmverletzung gefunden. Die vernähte Bauchwunde heilt per primam. Nach 5 Tagen wird die Kugel beim Stuhlgang per anum entleert.

Fall IV. Bauchschuss. Verletzung des linken Leberlappens, des Magens, des Pankreas, der Milz und des Zwerchfells. Alle Wunden genäht. Tod an Peritonitis.

Prof. A. Bobrow: «Ein Fall von Gastro-enterostomie bei narbiger Verengerung des Duodenum».

Der Fall genas anstandslos von der Operation. Ueber den weiteren Verlauf (Chemismus des Magens etc.) wird später berichtet werden.

Band IV. Heft 4.

N. K. Lyssenkow: «Ueber die Herstellung und Aufbewahrung von Sägeschnitten (gefrorener) Leichen für Museen.

Die Methode L.'s besteht in Folgendem. Die Gefrierdurchschnitte werden durch einen Wasserstrahl von den Sägesplittern befreit und dann auf 3 Wochen in 85° oder stärkeren Alkohol gelegt, der mindestens 1 Mal wöchentlich gewechselt wird; nach genügender Härtung kommt das Präparat in eine ganz schwach rosa gefärbte Lösung von Ammoniakcarmin, die Fascien und Bindegewebe färbt, dann wird aus freier Hand starke Ammoniakcarminlösung mit dem Pinsel auf die Muskeln aufgetragen. Zur Fixirung der Farbe lässt man 1/4 Stunde lang 1 pCt. Essigsäure einwirken und überträgt das Präparat auf 24 Stunden in 95° Alkohol; die Gefässe waren entweder vor dem Durchsägen injicirt, oder ihre Lumina werden später mit gefärbten Wachspfropfen geschlossen. Bei dieser Art der Präparation ist die Färbung nicht ganz befriedigend, da sie eine gewisse Willkür zulässt. Besser ist es, das Präparat zur Härtung und Färbung in eine 2 pCt. Lösung des käuflichen «Formalin» (40 pCt. Lösung von Ameisensäurealdehyd) zu legen, und zwar auf mindestens 3 Wochen; je länger die Präparate in Formalin liegen, um so besser. Dabei werden Knochen, Bindegewebe und periphere Nerven vollständig weiss, glatte und quergestreifte Muskeln werden schön graubraun; die Differenzirung der Gewebe ist sehr scharf. — Die auf die eine oder andere Art vorbereiteten Präparate werden dann in Gelatine eingeschlossen. Die Gelatine wird nach Keiser so dargestellt: 1 Th. bester Gelatine wird in 6 Th. Wasser aufgeweicht, erwärmt und 7 Th. Glycerin hinzugefügt. Zu dem Gemisch kommt 1/100 Gewichtstheil Carbolsäure und 1/4 Volum einer starken (1:2) Lösung von Kali aceticum. Vor dem Gebrauch filtrirt man durch Glaswolle. Das Kali aceticum macht die Gelatine schön durchsichtig und verlangsamt das Eintrocknen. — Bevor die Präparate in diese Gelatine kommen, werden sie aus dem Alkohol oder Formalin genommen, mit Löschpapier abgetupft und noch an der Luft getrocknet. Der Einschluss geschieht in Glasschalen mit ebenem Boden, dem das Präparat anliegt oder in Holzkästchen oder Petri'schen Schalen; in beiden letzteren kommt das Präparat mit der zu betrachtenden Seite nach oben zu liegen, wird dann mit einer ganz dünnen Gelatineschicht übergossen und mit einer Glasplatte wie mit einem Deckgläschen bedeckt.

Prof. A. D. Pawlowski: «Zur Frage vom Einfluss ausgebreiteter Hautverbrennungen auf den Organismus».

Thierversuche haben ergeben, dass bei streng aseptischer Behandlung von ausgedehnten und tiefen Verbrennungen sich weder im Blut noch in den Körpergeweben noch in den Unterleibsdrüsen irgend welche toxische Stoffe nachweisen lassen; Injection von Blut und Gewebsextracten verbrannter Thiere in die Bauchhöhle gesunder Thiere bringt nie Vergiftungen hervor, wenn nur die Brandwunden nicht septisch inficirt sind. Alle schweren Erscheinungen, die bei ausgedehnten Verbrennungen beobachtet werden, sind auf schwere morphologische Blutveränderungen und Infection zurückzuführen. Die weissen Blutkörperchen leiden relativ wenig, die rothen dagegen weisen die aller verschiedensten Grade der Zerstörung bis zum vollständigen moleculären Zerfall auf; ausserdem finden sich zahlreiche Thrombosen im Gehirn, den Nieren, dem Darm, den Herzgefässen. Die Thromben bestehen aus Blutplättchen oder körnig zerfallenen rothen Blutkörperchen.

A. Ignatow: «Pyämia peripherica seu externa (zur Frage über die Verschiedenheit des klinischen Bildes der Pyämie)».

Mit diesem Namen will I. diejenigen Fälle von Pyämie bezeichnen und zu einer besonderen Gruppe zusammenfassen, in denen die metastatischen Eiterungen sich im subcutanen und intermusculären Gewebe, in Gelenken und Extremitätenknochen etabliren, die innern Organe aber frei lassen. Diese Fälle geben bei unermüdlicher sofortiger Eröffnung der Eiterherde, nöthigenfalls auch Amputation eine relativ günstige Prognose; eine um so günstigere, je langsamer nach einander die Eiterherde sich entwickeln. 2 Fälle von hierhergehöriger Pyämie, die sich an Ausschabungen von Carbunkeln anschlossen und schliesslich mit Genesung endeten, haben dem Verf. den Anstoss zu seinen Betrachtungen gegeben. Zum Schluss empfiehlt er, Carbunkel lieber mit dem Glüheisen (Paquelin) zu eröffnen als mit dem Messer.

T. Krassnobajew: «Ueber die Naht der Luftröhre bei der Tracheotomie»,

Wenn die Tracheotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers unternommen wurde, so soll man nach K. die Tracheal- und Hautwunde zum Schluss der Operation zunähen, um die Heilungsdauer abzukürzen. Hautemphysem ist auch bei nicht ganz hermetisch schliessender Naht nicht zu befürchten, wenn nur die Kehlkopfathmung frei ist; Eiterung lässt sich leicht vermeiden. Ob man die Luftröhrennaht durch das Perichondrium der Knorpelringe, oder durch die ganze Dicke der Ringe oder zwischen den Knorpelringen anlegt, ist einerlei; die Schleimhaut ist nicht in die Naht zu fassen. 7 Fälle, 3 eigene und 4 von Alexandrow operirte werden mitgetheilt.

Klinische Beobachtungen.

S. M. Rudnew: «Ein Fall von Aktinomycose des Halses». (Aus der Klinik von Prof. Bobrow).

Der Fall bietet nichts vom bekannten Typus Abweichendes.

E. Zuppinger: «Ein Fall von osteoplastischer Deckung eines Defects der Wirbelsäule».

Es ist der von Prof. Sklifassowski operirte Fall von Spina bifida lumbalis, der schon sehr vielfach in verschiedenen Arbeiten, Sitzungsberichten etc. beschrieben, citirt, referirt worden ist und dessen nochmalige Beschreibung wir uns daher wohl sparen können.

A. P. Smirnow: «Ein Fall von äusserer eingeklemmter Hernie mit innerer Darmeinklemmung durch das Netz».

Die Diagnose der innern Einklemmung durch Netzstränge konnte während der Operation gestellt werden. Die Stränge wurden durchtrennt und der nicht gangränverdächtige Darm reponirt. Unter Fortdauer der Einklemmungserscheinungen, die S. auf Knickung und Verwachsung des reponirten Darms zurückführt, erfolgte der Tod. Keine Section.

W. J. Lissjanski: «Ein Fall von Darmresection bei anus praeternaturalis».

Die Kothfistel war nach Einklemmung eines Schenkelbruches spontan entstanden. Laparotomie über dem Poupartschen Band, stumpfe Lösung des adhärenten Darms, Resection und Naht. Heilung.

B. S. Koslowski: «Teratoma scroti congenitum».

K. entfernte einem Kinde von 1 Jahr und 9 Monaten eine pflaumengrosse Geschwulst aus der rechten Hälfte des Scrotum, die mit der Pars membranacea urethrae verwachsen war aber sich stumpf von ihr trennen liess. Die Geschwulst bestand aus mehreren Cysten und enthielt alle möglichen Gewebs- und Organtheile. Die anatomischen Details siehe im Original.

Wanach.



Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnago sdrawija. 1893 Mai — December.

N. J. Schtscherbinin: «Ein Fall von 10-tägigem Hungern im überschwemmten Schacht». (Mai).

Drei Bergleute sind in der Fastenzeit, nachdem sie 25 Tage lang kein Fleisch gegessen hatten, durch einen Wasserdurchbruch vom Ausgange aus dem Bergwerk abgeschlossen worden und haben 10 Tage in einer Höhlung, bei einer Temperatur von 12—13° R., ohne Licht und ohne Nahrung zugebracht. Das einzige, was sie in dieser Zeit zu sich genommen haben, waren pro Person täglich etwa 3 Glas von dem Schachtwasser, welches reichlich faule organische Substanzen enthielt und einen bittermetallischen Geschmack besass, so dass sein Genuss Uebelkeit und das Gefühl von Trockenheit und Zusammengezogenwerden in Mund und Schlund hervorrief. Bei der Befreiung besassen alle 3 noch Kraft genug, um mit geringer Unterstützung einen beschwerlichen und verlegten Weg von 200 Faden zum Theil bis am den Gürtel, stellenweise sogar bis an den Hals in Wasser watend und dazu noch bei einer Temperatur von gegen 40° R. zurückzulegen. Ausser den Zeichen hochgradiger Abmagerung constatirte Verf. noch Temperaturherabsetzung und Pulsverlangsamung: S. 36 a. n. hatte 36°C. und 60 Pulse; F. 19 a. n. 36,8° und 65 P.; G. 16 a. n. 35° und 50 P. Von Seiten der Sinnesorgane waren keine Abweichungen zu erkennen auch hatten die psychischen Functionen in keiner Weise gelitten. Die Defäcation, welche während der Hungerperiode vollständig gefehlt hatte, stellte sich bei allen am 2. Tage nach der Befreiung ein. Bei zweckentsprechender Diät erholten sich alle 3 so schnell, dass sie am 5. Tage aus dem Hospital entlassen werden konnten.

W. W. Swjatlowski: «Das Arbeiten in comprimirter Luft in sanitärer Beziehung». (Mai).

Der Aufsatz beschäftigt sich ausschliesslich mit der Hygiene der Caisson-Arbeiten und behandelt die Anlage der Caisson-Werke, die den Arbeitern drohenden Gefahren und ihre Vorbeugung, sowie die professionellen Erkrankungen. Reiches Literaturverzeichniss.

F. D. Weber: «Die sanitäre Organisation der Stadt Jalta als Kurort». (Mai).

Wasserversorgung. Kanalisation. Entfernung der Abfälle. Strassenpflege. Nahrungsversorgung. Wohnungsverhältnisse. Sanitäre Controlle. Heilanstalten. Oeffentliche Institutionen. Verkehrsmittel.

J. J. Grigoriew: «Die Cholera in Astrachan 1892». (Mai).

Auf Grund der Separatberichte der Astrachan'schen Aerzte Dallinger, Messorosch, Jeremejew, Arustamow und Krajewisch zusammengestellte Uebersicht über den Gang der Epidemie und über die angewandten Maassnahmen (wenig Statistik).

D. W. Leschtschinski: «Die Choleraepidemie im Spasskaja-Stadttheil St. Petersburg 1892». (Mai).

Verf. kämpft mit Ueberzeugung für die Auffassung der Trinkwasserinfection. «Bei Typhus abdom. und Cholera mögen wir uns mit sanitären Maassnahmen in Wohnungen und Häusern abmühen so viel wir wollen, wir erreichen absolut nichts weiter als eine Assanierung derselben gegen Infectionskrankheiten im Allgemeinen und schränken die Möglichkeit einer Ansteckung von Mensch zu Mensch und durch Gegenstände ein, wir schwächen die Cholera- und Typhus-Epidemie ab aber wir beseitigen sie nicht».

A. A. Lipski: «Oeffentliche gegenseitige Hilfe im Kampfe mit der Cholera». (Juni—Juli).



Populärer Vortrag. Bezeichnung der Bahnen, welche die Aufklärungs- und Wohlthätigkeitsarbeit einzuschlagen hat.

M. D. van Puteren: «Ueber die Arten der Fürsorge für illegitime und obdachlose Kinder in Russland und Auslande». (Juni—Juli).

Populärer Vortrag.

Th. K. Geisler: «Ueber Unempfänglichkeit gegen Infectionskrankheiten». (Juni—Juli).

Populärer Vortrag.

N. F. Michailow: «Pockenimpfung in den städtischen Elementarschulen Moskau's». (Juni—Juli).

Im Herbst 1891 wurde in Moskau angesichts der drohenden Pockengefahr eine allgemeine Revaccination der Zöglinge der Elementarschulen vorgenommen. Aus dem hierbei gesammelten statistischen Material (Kartensystem) ergiebt sich Folgendes.

I. Gruppe: Kinder im ersten oder zweiten Lebensjahre zum ersten male geimpft.

1) Der Erfolg der Revaccination nimmt mit steigendem Alter ab.

bei 8-jährigen	1008	Revaccinirte	43,3 pCt. Erfolg
» 9 »	1804	»	41,9 » »
» 10 »	1981	»	43,5 » »
» 11 »	1576	»	40,1 » »
» 12 »	939	»	36,6 » »
» 13 »	378	»	38,8 » »
» 14 »	157	»	27,4 » »

2) Das Geschlecht erweist keinen Einfluss auf den Erfolg.

3) Die Körperconstitution ist von Bedeutung:

Stark entwickelte Kinder gaben . .	33,9 pCt. Erfolg.
Kinder von mittlerem Körperbau .	39,7 » »
Schwache Kinder.	41,0 » »

4) Die Zahl der sich entwickelnden Pusteln erwies sich als unabhängig von Alter und Geschlecht.

II. Gruppe: Kinder ohne Impfspuren, 200 an Zahl, gaben 85 pCt. Erfolg.

III. Gruppe: Kinder, welche vor nicht mehr als 5 Jahren zum 1. Mal geimpft waren, 228 an Zahl, gaben 11,8 pCt. Erfolg.

IV. Gruppe: Bei den Kindern, welche die natürlichen Pocken überstanden hatten, schlug die Revaccination in 34,6 pCt. der Fälle an.

W. G. Nesterow: «Zur Frage von der psychischen Entwickelung der Lernenden und von den psychischen Uebungen in den Schulen». (Juni—Juli).

Verf. hebt hervor, dass die psychische Entwickelung der Lernenden beeinträchtigt wird nicht nur durch die Ueberbürdung sondern auch durch das herrschende System für die Beurtheilungen von Schülerleistungen. In Folge des Brauches jede Leistung durch Nummern zu censiren wird eine psychische Anspannung und schliesslich eine psychische Depression erzeugt, welche schädigend auf die physische Entwickelung zurückwirkt. Bezüglich der gymnastischen Uebungen verlangt Verf., dass sie nicht schematisch und zwangsweise betrieben werden, sondern in einer Art, welche einem Jeden die Wahl der Bewegung nach Geschmack und Bedürfniss ermöglicht. Bis zur Pubertät seien Bewegungsspiele, Sport und Marschübungen zu betreiben, nach eingetretener Pubertät ausser dem noch Gerätheturnen zulässig. Die sogen. Freiübungen will er aus dem allgemeinen Programm ausgeschlossen und als Heilgymnastik, streng individualisirt angewandt wissen. Das psychische Wohlbefinden der Schüler gilt ihm in allen Fällen als einziger Maassstab.

P. Jordanow: «Die Cholera in Taganrog». (Juni—Juli).

Medicinisch-topographische Daten. Praeservative Maassnahmen. Kranken-Statistik. Aetiologie (Einschleppung vom Meere her. Vorwiegend erkranken die Aermsten. Einfluss des Trinkwassers nicht nachweisbar). Locale Eigenthümlichkeiten der Epidemie (am schwersten erkrankten Greise und Schwangere). Desinfection.

S. Popow: «Die kaukasischen Mineralwässer im Jahre 1892» und «Die Cholera-Epidemie in den Kaukasischen Mineralbädern im Jahre 1892». (Juni—Juli).

Saison-Berichte des Oberarztes.

A. J. Jakobi: «Das Erlöschen der fremden Volksstämme im Norden». (Aug.—Sept.).

Umfangreiches kultur-historisches Essai. Beleuchtung der Ursachen des Aussterbens und der Gegenmaassnahmen, welche in unserem Norden zur Ausführung gelangen können und müssen.

B. J. Ignatiew: «Gegenwärtiger Stand der Frage vom Choleratoxin». (Aug.—Sept.).

Referirende Arbeit.

S. T. Neustube: «Die Production von Margarin und Margarinbutter im Auslande und in Russland». (Nov.).

Maassnahmen zur Vorbeugung der Falsification von Kuhbutter durch Margarin.

A. G. Polotebnow: «Die Arsen-Eisen-Wässer Levico, Roncegno und der Kurort Abbazia». (Dec.).

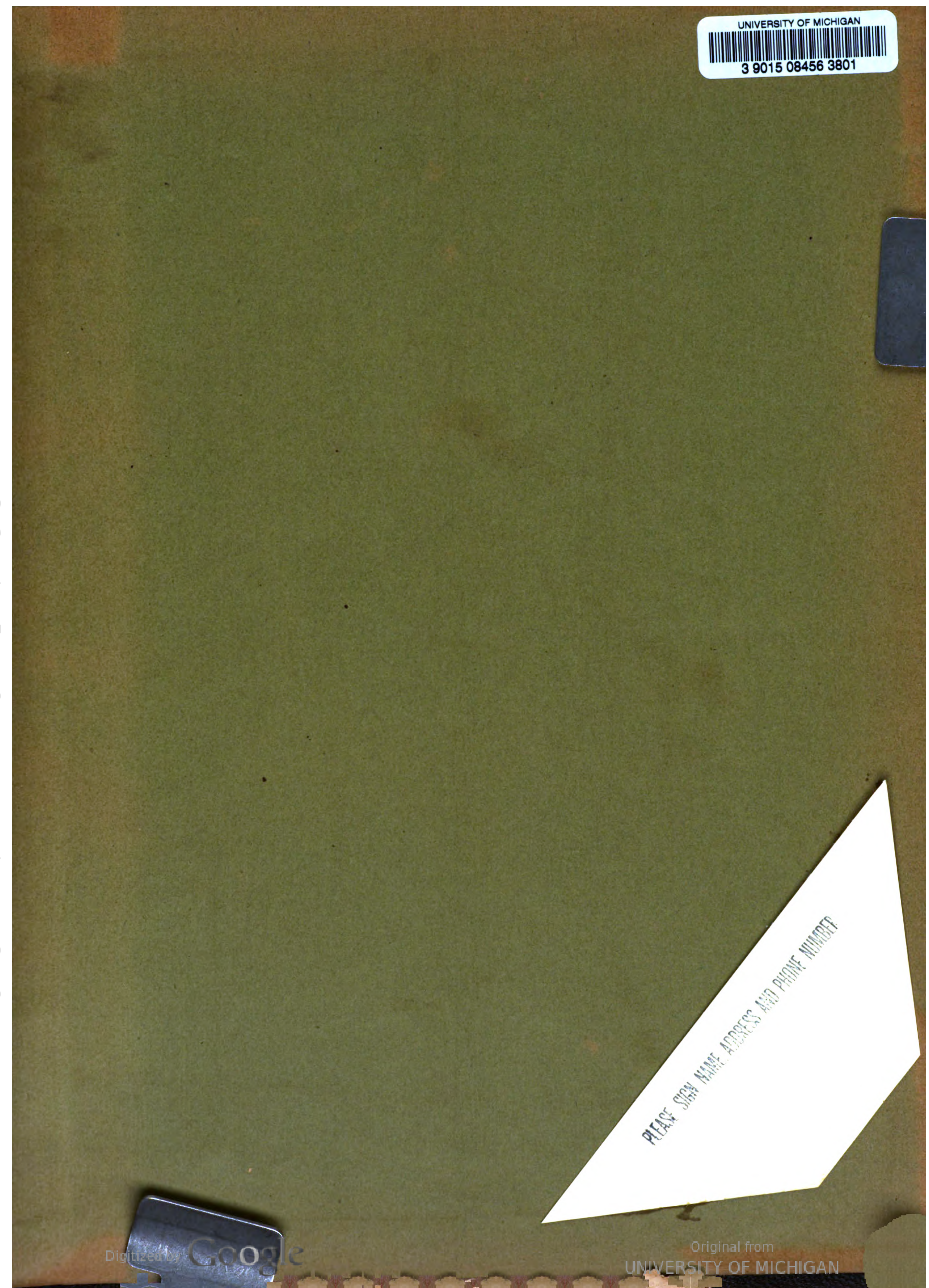
Zusammenfassender Vortrag.

Wladimiroff.

Дозв. ценз. Спб. 10 Декабря 1894 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.







UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08456 3801
PLEASE SIGN NAME ADDRESS AND PHONE NUMBER

